

Opinnäytetyö (AMK)

Terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

2015

Anna Hakkarainen, Anna Huttunen ja Jenni Laine

# SALON KAUPUNGIN VANHUSPALVELUN HOITOHENKILÖKUNNAN TIETOTASON KARTOITUS HAAVAOSAAMISESTA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Anna Hakkarainen, Anna Huttunen ja Jenni Laine

# SALON KAUPUNGIN VANHUSPALVELUN HOITOHENKILÖKUNNAN TIETOTASON KARTOITUS HAAVAOSAAMISESTA

Asiantuntijuus ja haavojen hoito hajaantuu usein moniin paikkoihin, joka aiheuttaa ongelmia hoidon sujuvuudessa. Haasteita haavojen hoitoon tuottaa myös, ettei haavapotilaiden hoito ole ensisijaisesti minkään erikoisalan vastuulla haavojen moninaisten etiologisten syiden takia.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tietotestin avulla Salon kaupungin vanhuspalveluissa työskentelevien lähihoitajien, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tämän hetkistä haavaosaamista. Tavoitteena opinnäytetyössä on kehittää Salon vanhuspalveluissa työskentelevien hoitajien ammattitaitoa haavaosaamiseen liittyen.

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytettiin internet-kyselyä. Aineistonkeruu tapahtui Webropol-ohjelman kautta, marraskuussa 2015. Kyselyssä oli kuusi osa-aluetta, jotka olivat: Krooninen haava, infektoitunut haava, haavan tunnistaminen, haavan paraneminen, haavanhoito ja haavanhoidon kirjaaminen. Kysely osoitettiin Salon kaupungin vanhuspalveluissa työskentelevälle hoitohenkilökunnalle. Vastausprosentti oli 37 (n = 149). Aineisto analysoitiin tilastollisesti käyttäen apuna prosentteja ja frekvenssiä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan Salon vanhuspalveluissa työskentelevien hoitajien haavaosaaminen on tyydyttävää. Ammattiryhmien välillä sairaanhoitajien sekä terveydenhoitajien oikeiden vastausten määrä nousi lähihoitajia hieman korkeammaksi kaikissa kuudessa osa-alueessa. Tiedon tarvetta esiintyi eniten haavan tunnistamisen osa-alueessa. Haasteena koettiin laskimoperäisen ja valtimoperäisen haavan erottaminen. Haavan kirjaamisen osa-alueessa kaikkien ammattiryhmien tietotaso oli kiitettävää. Kyselyn väittämät pisteytettiin, oikeasta vastauksesta sai yhden pisteen. Kyselyn kokonaispistemääräksi muodostui 48 ja vastaajien keskiarvo oli 36,3.

Jatkossa olisi hyvä lähteä kehittämään hoitajien haavaosaamista koulutusten avulla. Koulutuksessa tulisi kiinnittää huomiota haavan tunnistamiseen, infektion merkkeihin ja haavatuotteiden geneerisiin ryhmiin. Tulevaisuudessa jokaisessa vanhuspalvelun yksikössä voisi olla ainakin yksi haavoihin perehtynyt osaaja, joka ohjaisi muuta henkilökuntaa haava-asioissa. Haavanhoitoa voisi kehittää myös hoidon keskittämällä, jolloin haava hoitaisi aina samat hoitajat. Hoidon keksittämisellä pystytään seuraamaan paremmin haavan kehittymistä.

## ASIASANAT:

Krooninen haava, hoitaja, haavanhoito, tietotesti

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Care | Registered Nurse (AMK)

December 2015 | 51 pages + 4 appendices

Instructors Sirpa Nikunen ja Tiina Pelander

Anna Hakkarainen, Anna Huttunen ja Jenni Laine

## THE SURVEY OF KNOW-HOW IN WOUND CARE BY THE NURSING STAFF OF THE ELDERLY CARE IN THE CITY OF SALO

The lack of expertise and fragmented treatment to several places causes problems in the fluency of wound treatment. Because of the many etiological causes of ulcers there is not any specialist who is responsible of the wound treatment of patients.

The purpose of this thesis was to discover current expertise of the wound treatment. The data surveyed with the knowledge test of employees of municipal elderly care in Salo including practical nurses, nurses and public health nurses. The aim of the thesis is to develop skills of the wound care in elderly services in Salo.

The thesis is a quantitative study. Data collection was carried out with Webropol program in November 2015. The survey was made for the employees of municipal elderly health-care of Salo. The response rate was 37 % (n = 149). The data were analyzed statistically using the percentage and frequency.

The results of thesis indicates that the skills of wound knowledge in municipal elderly care of Salo is moderate. There was some differences in knowledge level between the occupational groups. Nurses and public health nurses knew better the right answers compared to practical nurses in all six areas of the survey. Six areas of the survey were: Chronic ulcers, infected wounds, wound identification, wound healing, wound care and documentation of the wound. It appeared that there is need for more information about areas of wound identification. The biggest gap in knowledge was seen in identifying venous and arterial ulcers. The level of knowledge was commendable in the area of wound documentation. Nurses average in The knowledge test was 36,3 and total score was 48.

As a way to develop the knowledge of wound treatments, they should organize more trainings to nursing staff. The trainings should pay attention to the identification of the wound, signs of infection and wound products in generic groups. In the future the aim is to familiarize one wound specialist who teach other employees in ulcer cases. The knowledge of wound treatments could also be developed by individual nurse system so then the nurse who cares the wound would be always the same.

### KEYWORDS:

Chronic ulcer, nurse, wound care, knowledge test

# SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KROONISET HAAVAT	7
3 KROONISEN HAAVAN HOITO	11
4 HOITAJAN HAAVAOSAAMINEN	17
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA	20
6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	21
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	26
8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	38
9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	43
LÄHTEET	48

## LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Kyselylomake
- Liite 3. Saatekirje
- Liite 4. Tutkimuslupa

## KUVIOT

- Kuvio 1. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotestin tehneiden hoitotyöntekijöiden työpaikat (n = 143). 26
- Kuvio 2. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotestin tehneiden hoitotyöntekijöiden ammatti (n = 148). 27

Kuvio 3. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotestiin vastanneiden työkokemus hoitoalalta (n = 148).	28
Kuvio 4. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan arvio omasta haavaosaamisesta (n = 148).	28
Kuvio 5. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotestiin vastanneiden sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tietotaso haavoista (n = 33).	35
Kuvio 6. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotestiin vastanneiden lähihoitajien/perushoitajien ja jonkun muun koulutuksen omaavien tietotaso haavoista (n = 115).	36

## TAULUKOT

Taulukko 1. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotaso kroonisista haavoista.	29
Taulukko 2. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotaso infektoituneista haavoista.	30
Taulukko 3. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotaso haavan paranemisesta.	31
Taulukko 4. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotaso haavan tunnistamisesta.	32
Taulukko 5. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotaso haavojen hoidosta.	33
Taulukko 6. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotaso haavan kirjaamisesta.	34
Taulukko 7. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotestiin vastanneiden työkokemuksen vaikutus oikeiden vastausten määrään (n= 148).	37

# 1 JOHDANTO

Kroonista alaraajahaavaa sairastavia arvioidaan Suomessa olevan 11000-15000 (Vikatmaa 2013, 266). Väestöstä 1,3–3,6 % saa kroonisen haavan josakin elämänsä vaiheessa. Kroonisia haavoja esiintyy yleisemmin naisilla kuin miehillä ja korkea ikä lisää haavariskiä. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito 2014.) Kroonisista haavoista laskimoperäisiä on yli puolet, valtimoperäisiä on viidennes ja muista syistä johtuvia on kymmenesosa (Hannuksela 2012). Kroonisten haavojen hoitoon kuluu länsimaissa jopa 5 % terveydenhuollon resursseista (Juutilainen 2010, 21).

Vuosina 2010–2014 oli tutkittu hoitajien haavanhoitotaitoja, haavanhoitokäytäntöjä ja yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa (mm. Aydin ym. 2010; Friman ym. 2010; Kotila 2012; Koivunen ym. 2014). Tutkimukset oli toteutettu tietotestien ja hoitajien omien arvioiden perusteella. Tutkimuksista ilmeni hoitajien lisäkoulutuksen tarve painehaavojen hoitoon liittyen ja ettei hoitajilla ole riittävää tietoa ja taitoa painehaavojen ehkäisyssä. Haavanhoito-ohjeet olivat usein puutteellisia ja ammatillinen yhteistyö heikkoa. Hoitajien mielestä rakenteellisen palautteen saaminen edistää ammatillista kasvua. (Aydin ym. 2010; Friman ym. 2010; Kotila 2012; Koivunen ym. 2014.)

Haavapotilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa hoitajan rooli on tärkeä. Hoitajan ammattitaito on kroonista haavaa sairastavan potilaan etu. Hoitajan rooliin kuuluu itsenäinen päätöksenteko haavatuotteiden valinnassa ja osin haavahoitoimenetelmän päättäminen yhteistyössä haavaa hoitavan lääkärin kanssa. (Iivainen & Seppänen 2015, 24.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tietotestin avulla Salon kaupungin vanhuspalveluissa työskentelevien lähihoitajien, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tämän hetkistä haavaosaamista. Tavoitteena opinnäytetyössä on kehittää hoitohenkilökunnan haavaosaamista.

## 2 KROONISET HAAVAT

Avoin haava määritellään krooniseksi silloin, kun se on ollut avoinna yli neljä viikkoa. Iskeemisen eli verisuoniperäisen haavan kroonistumisen aikarajana pidetään kahta viikkoa. Haava muuttuu krooniseksi, kun haavan paranemisen vaiheittainen eteneminen estyy, jolloin paraneminen joko hidastuu tai pysähtyy. (Krooninen alaraaja-haava: Käypä hoito 2014.) Haavat erotellaan niiden syntymekanismin tai ulkoisen olemuksen perusteella (Hietanen & Juutilainen 2013, 26). Tunnetuimpia kroonisia haavoja ovat diabeettiset jalkahaavat, laskimoperäiset säärihaavat ja painehaavat (Lagus 2013, 49–50).

Krooniset haavat ovat huonosti paranevia ja ne liittyvät usein pitkäaikaisiin sairauksiin tai ulkoisiin mekaanisiin tekijöihin. Yleisempiä haavan paranemista haittaavia systeemitekijöitä ovat diabetes, valtimoiden tai laskimoiden vajaatoiminta, aliravitsemus, vastustuskyvyn heikkeneminen tai tietyt lääkeaineet. Paikallisia tekijöitä ovat haava-tulehdus, hapenpuute kudoksessa, huono verenkierto, kudoksen vaurioituminen ja haavassa oleva eloton kudos. (Lagus 2013, 49–50.) Haavan paranemisprosessi on monimutkainen tapahtuma, johon vaikuttavat haavan ja sen ympäröivän kudoksen vallitsevat olosuhteet (Lagus 2013, 29).

**Laskimoperäistä säärihaavaa** esiintyy säären alakolmanneksen alueella, jossa on korkein laskimopaine. Iho ja ihonalaiskudos voivat olla pigmentoituneet, kovettuneet, paksuuntuneet ja turvonneet. Laskimoperäiset säärihaavat ovat yleensä pinnallisia, eivätkä yletä jänteisiin tai luihin asti. Haava voi olla kivulias tai kivuton. Kroonisen alaraajahaavan taustalla on usein verisuoniperäinen syy. Aikuisväestöstä noin 40 %:lla on jonkinasteinen alaraajojen laskimovajaatoiminta. Laskimovajaatoimintaa sairastavien henkilöiden joukossa säärihaavoja on noin 0,5–1 %:lla. Kaikista kroonisista säärihaavoista 70–90% on laskimoperäisiä. (Vikatmaa 2013, 266.) Riskitekijät laskimohaavaan ovat huonosti tiedossa (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito 2014).

**Valtimoperäinen alaraajahaava** sijaitsee usein jalkaterän ja varpaiden alueella, mutta se voi olla myös ylempänä jalkaa. Haava on kuivapohjainen ja sen

ympäristö punoittava. Iho on usein ohut ja siitä puuttuu karvoitus. Haavassa on tumma nekroottinen kate ja raaja tuntuu viileältä. Haava on usein kivulias ja kipu helpottuu roikottomalla raajaa alaspäin. Valtimoverenkierron häiriöt ja vajaus ovat syynä 9–22 % kroonisista alaraajahaavoista. Kriittistä alaraajaiskemiaa eli verenvähyyttä sairastaa Suomessa noin 2500–5000 henkilöä. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito 2014.) Alaraajaiskemia aiheuttaa veren vähyydestä johtuvaa leposärkyä, haavauman tai jopa kuolion. Alaraajaiskemiaan johtavaa valtimokovettumatautia esiintyy usein sepelvaltimo- tai aivovaltimotaudin kanssa. Yleisempiä riskitekijöitä valtimotautiin on diabetes, tupakointi ja korkea ikä. (Vikatmaa 2013, 276–278.)

**Diabetekseen liittyvät jalkaongelmat** ovat kansanterveydellinen haitta ja merkittävä sairauskulujen aiheuttaja. Vuonna 2008 noin 10 % suomalaisista sairasti diabetesta. Vuosittain jalkahaavoja saa noin 2–5 % diabetesta sairastavista. Suomessa tehdään suunnilleen 450 nilkan yläpuolisista alaraaja-amputaatiota ja noin puolet niistä tehdään diabeetikoille. (Diabeetikon jalkaongelmat: Käypähoito 2009.) Kudosvaurioita ja siten amputaatioita ehkäistään parhaiten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon moniammatillisella yhteistyöllä (Hietanen 2009, 14–15 ).

Diabeetikon jalkahaavat jaotellaan neuropaattisiin, iskeemisiin tai neuroiskeemisiin haavoihin. Neuropaattisen haavan tyypillinen sijainti on jalkapohjassa tai niillä kohdilla, mihin paine osuu. Iskeeminen haava sijaitsee yleensä jalkaterän reunoilla, jalkaterän päällispuolella tai varpaiden päissä. Neuroiskeemiset haavat voivat sijaita jalkaterän alueella tai nilkassa. (Hietanen 2009, 10–11.) Merkittäviä riskitekijöitä diabeetikon jalkahaavaan ovat hermojen toiminnan vauriot eli neuropatia, diabeteksen pitkä kesto, näkövammaisuus, huono glukoositasapaino ja miessukupuoli (Hietanen 2009, 10). Hermojen toiminnan vaurioita esiintyy 9–23 %:lla diabeetikoista (Diabeetikon jalkaongelmat: Käypähoito 2009).

Löndahl ym. (2010) ovat tutkineet Ängelholmin sairaalassa Ruotsissa ylipainehappihoidon vaikutusta diabetespotilaiden jalkahaavojen hoidossa. Tutkimus toteutettiin rinnakkaisryhmätutkimuksena verraten oikeaa ja placebohoitoa eli lumehoitoa. Tutkimukseen osallistui diabeetikoita (n = 94), joista 49 potilasta



hengittivät maskin kautta 100 % happea ja 45 potilasta normaalia hengitysilmaa. Potilaat ja hoitohenkilökunta eivät tiedäneet, että käytössä on placebohoito. Tuloksista ilmenee, että 61 %:lla ylipainehappihoitojakson saaneista potilaista ja 27 %:lla placebohoidon saaneista potilaista haava oli parantunut. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että ylipainehappihoito jopa kaksinkertaistaa haavan paranemisprosentin. (Löndahl ym. 2010.)

**Painehaavoja** esiintyy terveydenhuollon eri yksiköissä 5–25 %:lla potilaista (Soppi 2013). Painehaava on ihon tai ihonalaisen kudoksen vaurio, joka syntyy tavallisimmin alueelle, jossa luu on lähellä ihon pintaa (Lumio 2012). Painehaavan syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat paine, tangentiaaliset voimat, kuten kitka, liikkumattomuus, ihon kosteus, perussairaudet, aliravitsemus ja ikääntyminen (Kangas 2009).

Painehaavat luokitellaan asteikolla 1–4 niiden vaurion voimakkuuden mukaisesti. Ensimmäisessä asteessa ihoalue punoittaa, eikä punoitus katoa asentoa vaihdettaessa, ja neljännessä asteessa on jo laajan ihokudoksen tuho, joka aiheuttanut nekroosia tai saattaa yltää lihakseen, luuhun tai jännteisiin. (Kangas 2009.) Painehaavojen hoidossa tärkeintä on syyn poistaminen ja korjaaminen. Ensimmäisen asteen painehaava tulee suojata hoitolevyllä, ja toisen asteen haava hoidetaan ihoon kiinnittyvällä levyllä ja imevillä taitoksilla erityksen mukaisesti. Mikäli haavalle syntyy katetta tai nekroosia, tulee se poistaa haavanhoidon yhteydessä. Kolmannen ja neljännen asteen painehaavoille ei riitä yleensä rajoitettu eli konservatiivinen hoito, vaan tarvitaan kirurgista hoitoa. (Kortekangas-Savolainen & Helander 2010.)

Painehaavojen ehkäisyssä tärkein asia on tunnistaa riskipotilaat. Riski tulee arvioida potilaan joutuessa sairaalaan 12 tunnin sisällä sekä 48 tunnin sisällä, jos potilaan tila heikkenee. Vuorokauden kuluttua arvioinnista tulee aloittaa painehaavojen ehkäisy. Tärkein painehaavojen ehkäisymuoto on asennonvaihto vähintään kahden tunnin välein, lisäksi potilas tulisi asettaa riskinsä mukaiselle makuualustalle. Erilaisia makuualustoja on tavallisesta polyuretaanipatjasta dynaamisiin potilaan painon ja ruumiinrakenteen mukaan säätyviin patjoihin. Apu-

na asentohoidossa voidaan käyttää erilaisia tyynyjä, pehmusteita ja kiiloja. (Soppi 2013.)

Ruotsissa tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, kuvata ja vertailla tietoa painehaavojen ehkäisystä ja asenteista. Tutkimus toteutettiin internet-kyselynä, johon osallistui sairaanhoitajia, lähihoitajia ja hoitoalanopiskelijoita. Vastauksista 58,9 % oli oikein. Belgiassa asetettu hyväksytyn raja oli 60 % oikeita vastauksia. Tutkimus osoittaa, että hoitajien tieto Ruotsissa painehaavojen ehkäisystä on puutteellista ja lisäkoulutukselle olisi tarvetta. Muut aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet hoitajien ajanpuutteen ja liiallisen työmäärän olevan syynä riittämättömään painehaavojen ehkäisyyn. (Jonsson 2013.)

### 3 KROONISEN HAAVAN HOITO

**Haava luokitellaan** etiologian, ulkoisen olemuksen, puhtausasteen ja syvyyden mukaan. Hyvin tehty luokittelu auttaa haavojen keskenään vertailua, ennustaa haavan luonnollista paranemista ja auttaa hoidon seurannassa. Yleisin luokittelu on haavojen jakaminen kroonisiin tai akuutteihin haavoihin. Avoimen haavan väriluokituksen lisäksi luokituksessa kuvaillaan haavan kudoksen liikakasvun eli hypergranulaatiokudoksen määrä. Luokituksessa huomioidaan myös mahdollisesti näkyvissä oleva luu tai jänne ja haavainfektio. Luokituksessa näkyvillä lisätiedoilla pyritään ohjaamaan oikeanlaisen hoidon valintaa. Haavan väriluokitus ei aina kuvaa yksiselitteisesti kudosta tai poikkeavia ominaisuuksia, koska samassa haavassa voi olla monenlaista kudosta. Haavan hoito valitaan haitallimmman kudoksen mukaisesti. (Juutilainen & Hietanen. 2013, 65–67.)

Haavanhoidon avuksi ja tueksi on kehitetty esimerkiksi VPKM-väriluokitus. Luokitus kuvaa haavojen värejä eli vaaleanpunainen, punainen, keltainen ja musta. VPKM-väriluokituksen tarkoituksena on yhtenäistää avoimen haavan hoidossa käytettäviä termejä ja kuvailla suurpiirteisesti haavassa olevaa kudosta ja niitä vastaavia värejä, lisäksi kunkin kudoksen yhteydessä on lyhyesti kudoksen mukainen hoitoperiaate. Suomen Haavanhoitoyhdistys on tuottanut myös muuta oppimateriaalia hoitohenkilökunnalle ja muille haavanhoidosta kiinnostuneille. (Iivanainen ym. 2011, 36.)

**Haavanhoidon** tavoitteena on haavan paraneminen nopeasti aiheuttaen mahdollisimman vähän kärsimystä potilaalle. Haavaa hoidetaan konservatiivisin paikallishoitomenetelmin tai leikkauksen avulla. Hoidon vaikuttavuus tarkistetaan tasaisin väliajoin ja hoidon tulee olla aina tietoista sekä tavoitteellista. (Iivanainen ym. 2008, 25.) Haavanhoidon ensisijainen hoito on etiologisten syiden korjaaminen (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito 2014). Haavaa hoidettaessa ja arvioitaessa tulee tarkastella haavan ympäristöä, haavaeritteen määrää, haavan hajua ja onko jännettä tai luuta näkyvissä. On tärkeää tiedustella potilaan kivusta ja muuttuneista oireista. Hoitovastuu haavapotilaasta on aina lääkärillä,

vaikka haavaa hoitavat useat eri ammattiryhmät, potilas itse tai hänen omaisensa. (Iivanainen ym. 2011, 36.)

Suomessa on käytössä noin 450 erilaista **haavanhoitotuotetta**. Haavanhoidossa on tärkeä tutustua tuotteisiin ja niiden geneerisiin ryhmiin sekä oikeaan käyttötapaan. (Koponen 2008, 58.) Tuotteen valinnassa huomioidaan hoidossa aikaisemmin käytetyt tuotteet, potilaan kokemukset, yliherkkyydet ja allergiat. Haavanhoitoon käytetään vain CE-merkittyjä tuotteita, sillä ne täyttävät EU-kriteerit. (Korhonen 2012, 21.) Haavanhoitotuotteen tehtävänä on haavan suojaaminen ulkoa tulevalta liialta, kosteudelta ja mekaaniselta ärsytykseltä. Haavanhoitotuotteet tukevat haavan puhdistumista katteesta, infektoituneesta kudoksesta ja eritteistä. Tuotteen on tarkoitus luoda optimaaliset olosuhteet paranemiselle. Haavanhoitotuote ei saa heikentää verenkiertoa haavassa tai sen ympäristössä. (Korhonen 2012, 18–21.)

Haavasidokset poistetaan haavalta juuri ennen haavan puhdistamista. Kiinnitarttuneet sidokset poistetaan keittosuolaliuoksella, öljyllä tai suihkuttamalla. Haava puhdistetaan huuhtelemalla juomakelpoisella vedellä. Steriilillä NaCl-liuoksella huuhdellaan alle 24 tuntia auki ollut leikkaushaava, niveliin tai sisäelimiin asti avoin haava tai keskushermostoon ulottuva haava. Tärkein haavan paranemista edistävä toimenpide on mekaaninen puhdistus. (Korhonen 2012, 18.)

**Aseptiikka** on tärkeä huomioida haavanhoidossa infektioiden ehkäisemiseksi. Aseptisen työskentelyn tarkoitus on ehkäistä kudosten tai steriilin materiaalin kontaminaatio mikrobeilla. Yleisin infektioiden leviämistapa on kosketustartunta, joka tapahtuu käsien välityksellä. Käsien desinfektio on tärkein osa infektioiden torjunnassa. (Iivanainen ym. 2008, 25.) Haavan hoidossa käytetään tehdaspuhtaita suojakäsineitä. Alle 24 tuntia auki olleet haavat ovat poikkeus, joita hoidetaan steriileillä suojakäsineillä ja hoitovälineillä. (Korhonen 2012, 18.) Haavanhoidossa huomioidaan aseptinen työjärjestys, jonka mukaan puhtaat haavat hoidetaan ensin ja viimeiseksi infektoituneet haavat (Iivanainen ym. 2008, 25).

Puska (2013) on tehnyt tutkimuksen hoitajien (n = 145) taidoista infektioiden torjunnasta terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Tutkimus suoritettiin kyselylomakkeen avulla, johon hoitajat vastasivat. Tulosten mukaan 6,2 % hoitajista osasi noudattaa oikeanlaista käsihygieniää. Sairaanhoitajaopiskelijat tiesivät paremmin käsihygieniasta kuin lähihoitajat ja lähihoitajaopiskelijat. Sairaanhoitajat tiesivät sairaanhoitajaopiskelijoita paremmin oikeanlaisista aseptisistä työskentelytavoista. (Puska 2013, 3.)

**Turvotuksen** estohoidolla parannetaan laskimoverenkiertoa, poistetaan ja ehkäistään turvotusta sekä ylläpidetään saavutettuja hoitotuloksia. Turvotuksen estohoitoon käytetään vähä- ja runsaselastisia sidoksia sekä lääkinnällisiä hoitosukkia. (Korhonen 2012, 21.) Haavan hoidossa kirurgialla on tärkeä rooli. Revisiokirurgialla tarkoitetaan haavaa puhdistavaa toimenpidettä, jonka tavoitteena on puhdas granuloiva eli punainen haavapohja (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito 2014; Juutilainen 2013, 168.) Korjaavaa kirurgiaa käytetään, jos paranemisennuste on huono konservatiivista hoitoa toteutettaessa. Korjausleikkauksen tavoitteena on haavan kiinni saaminen lopullisesti. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito 2014.) Raajan amputaatio voi olla myös osa haavan kirurgista hoitoa (Juutilainen 2013, 168).

**Haavasta ja sen hoidosta kirjaaminen** on hyvin tärkeää. Hyvällä kirjaamisella mahdollistetaan potilaalle asianmukainen, ajantasainen ja turvallinen hoito. Yhtenäiset ohjeet haavanhoitoon ja sen kirjaamiseen ovat välttämättömiä, jotta pystytään parantamaan potilaan toimintakykyä ja vähentämään hoidon aiheuttamia kustannuksia. Rakenteellinen kirjaaminen on haavanhoidon tietojen kirjaamista ja kertomista järjestyksessä käyttäen yhdenmukaista termistöä. Rakenteellisessa kirjaamisessa tieto haavasta on aina yhtenäistä ja samantyylistä riippumatta siitä kuka kirjaa. Ilman rakenteellista kirjaamisjärjestystä kirjaaminen on vajavaista ja puutteellista. (Kinnunen 2014, 24.)

Luonnollisin ja kuvaavin tapa haavan muutoksen dokumentoinnissa on valokuvaus. Valokuvissa havainnollistetaan haavan koko, sijainti, muoto ja ympärillä olevan kudoksen kunto. Valokuvassa pitää näkyä potilaan tunnistetiedot ja ku-

vauspäivämäärä. Kuvan luotettavuuden kannalta on tärkeää, että se on otettu aina samasta kuvakulmasta. (Juutilainen & Hietanen 2013, 74–75.)

Kinnunen (2007) on tehnyt kvalitatiivisen tutkimuksen, jonka tarkoituksena oli kuvata sairaskertomukseen kirjattua rakenteista tietoa haavanhoidosta (n = 600). Eniten kirjauksia kroonisista haavoista oli kirjattu kohtaan Haavanhoito-haavan paranemisen tarkkailu ja hoito. Kirjauksista ei selvinnyt, minkälainen haava on kyseessä. Tutkimuksen tulokset kertovat rakenteellisen kirjaamisen tarpeellisuudesta hoitotyön kirjaamisessa. Tutkimuksesta selviää, että haavanhoidosta kirjaaminen on hyvin värikästä ja vaihtelevaa, koska haavan hoitoon ei ole yhtenäistä termistöä. (Kinnunen 2007, 2–77.)

Kroonista alaraajahaavaa sairastavilla potilailla 4–5 %:lla esiintyy **haavainfekti**o (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito 2014). Haavalle bakteereja voi tulla iholta tai ulkopuolisesta kontaminaatiolähteestä. Infektoituneessa haavassa bakteerit lisääntyvät, aiheuttavat kliinisen tulehduksen ja tuhoavat elävää kudosta. (Iivanainen ym. 2011, 40.) Kliinisiä oireita haavainfektiossa ovat kuumetus, turvotus, punoitus sekä haavakipu. Muita infektion merkkejä ovat lisääntynyt haavakeritteen määrä, haavan nopea suureneminen tai yleisoireet kuten kuume (Valve 2008, 17).

Infektioiden hoito aiheuttaa yhteiskunnalle paljon lisäkustannuksia ja hoitoon kuluu enemmän resursseja. On merkittävää tunnistaa infektiot ajoissa ja aloittaa niiden hoito heti. (Pukki & Iivanainen 2012, 12.) Haavainfektio voi olla pinnallinen tai syvä. Pinnallinen infektio rajoittuu ihoon tai ihonalaiskudokseen ja syvät infektiot ulottuvat faskiaan eli sidekudokseen ja lihaskerrokseen asti. Yleisimmät aiheuttajat haavainfektioissa ovat *Staphylococcus aureus*, koagulaasinegatiivinen stafylokokki, Enterokokki, *Pseudomonas aeruginosa* ja enterobakteerit, näistä johtuu 80 % infektioista. Lisäksi aiheuttajina voi olla monia muita bakteereita ja sieniä. (Berg 2012, 12.)

Infektoituneen haavan paikallishoidon tarkoituksena on vähentää mikrobeita ja puhdistaa haavaa kuolleesta kudoksesta, solujätteestä ja eritteestä (Hietanen 2012, 202). Haavainfektiota hoidetaan antibiooteilla, kun infektion merkkejä on

haavaympäristössä, haava ylettyy syviin kudoksiin asti tai potilaalla on yleisoreita infektiosta. Positiivinen viljelylöydös kertoo bakteerikolonisaatiosta tai kliinisestä haavainfektiosta. Sen vuoksi viljelyvastauksia käytetään antibiootin laadun valitsemiseen, eikä niiden tarpeellisuuden arvioon. Lievää haavainfektiota voidaan hoitaa ilman antibioottia tai kapeakirjoisella suun kautta otettavalla antibiootilla. Vakavia haavainfektioita hoidetaan suonensisäisellä antibiootilla ja ne tarvitsevat usein myös kirurgista toimenpidettä. (Skogberg 2012, 18.)

**Ravitsemustilan arviointi** on tärkeä osa potilaan hoidossa. Sairaalassa olevilla vanhuksilla esiintyy vajaanavitsemusta 32–85 %:lla ja laitoshoidossa olevilla 23–85 %:lla. Vajaanavitsemuksen hoidossa keskeisintä on tietää potilaan paino ja painohistoria. Arviointiin on kehitetty erilaisia mittareita: MUST-testi (Malnutrition Universal Screening Tool), NRS-testi (Nutritional Risk Screening) ja MNA (Minimal Nutritional Assessment). Ravitsemustilan korjaaminen estää painehaavojen syntymistä ja edistää haavojen umpeutumista. Energian ja proteiinin tarve lisääntyy haavan syntyessä. Omega-3 rasvahapot, vitamiinit ja hivenaineet edistävät haavan paranemista. (Von Knorring & Kajander 2014, 31–32.)

Kroonisen haavan tai painehaavan parantumisen jälkeenkin on pidettävä hyvää huolta ravitsemustilasta, ettei uusia haavoja pääse syntymään. Ravinnon saantia voidaan lisätä täydennysravintovalmisteilla. Täydennysravintovalmisteilla on tutkitusti todettu olevan tehokasta apua haavan paranemisessa. Oikealla ravitsemushoidolla nopeutetaan haavan paranemista ja siten helpotetaan hoitajien työmäärää ja vähennetään haavanhoitoon tarvittavien haavasidosten tarvetta. Nämä molemmat tekijät vähentävät yhteiskunnan kuluja haavojen hoidossa. Haavan nopeampi paraneminen vaikuttaa myös merkittävästi potilaan elämänlaatuun. (Eriksson 2010, 40–43.)

Suominen (2007) on tutkinut ravitsemuksen merkitystä koti- ja ympärivuorokautisessahoidossa. Tutkimuksen mukaan asiakkailla on ravitsemukseen liittyviä vajeita. Ravitsemushoidon tehostamisella on todettu olevan myönteinen vaikutus ikäihmisen hyvinvointiin. (Suominen 2007, 10.)

Haavat ja niiden hoito aiheuttavat potilaalle usein **kipua**. Kipua aiheuttaa haavan hoidossa haavaan kiinni tarttuneet sidokset ja haavan puhdistus. Hyvin hoidettu haavakipu helpottaa paikallishoitoa ja vähentää potilaan pelkoa. Aiheellista on ottaa kipulääke ajoissa, jotta lääkeaine ehtii vaikuttaa ennen hoitoa. Parasetamoli on yleinen kipulääke haavakivun hoitoon ja se otetaan 1–2 tuntia ennen haavanhoitoa, yksin tai yhdessä muiden kipulääkkeiden kanssa. Keski- vaikeaa ja vaikeaa kipua hoidetaan opiaatti-valmisteilla. Paikallispuudutteet auttavat kipuun, joka aiheutuu mekaanisesta puhdistuksesta. Puudutteen annetaan vaikuttaa 30–60 minuuttia ennen puhdistusta. (Korhonen 2012, 18.)

Haavainfektion, haavasidosten ja kivun yhteyttä kroonisissa haavoissa on tutkittu Delphi-kyselynä, johon osallistui 21 haavanhoidon asiantuntijaa yhdeksästä eri maasta. Useimmat asiantuntijat uskoivat haavainfektion ja somaattisen kivun syy-seuraussuhteeseen. Asiantuntijoista 81 % uskoi, että aiemmin kivuton haava, joka muuttuu kivuliaaksi haavaksi, johtuu infektiosta. Asiantuntijat olivat yksimielisiä siitä, että jos kivuton haava alkaa kipuilla, tulee hoitomenetelmä tarkistaa tai vaihtaa. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tärkeää on arvioida potilaan kipua haavanhoidon aikana ja muokata hoitoa sen mukaisesti. (Cutting ym. 2013.)

Helsingin seudun yliopistollisessa keskussairaalassa kroonisten haavojen hoito on järjestymätöntä ja kallista. Voimavaroja keskitetään hankalien haavojen hoitoon, vaikka merkittävä osa haavoista voitaisiin estää tai hoitaa jo varhaisessa vaiheessa. Haavapotilaita hoidetaan usein tietämättä haavan diagnoosia, ilman kokonaisvaltaista hoitosuunnitelmaa ja haavojen paikallishoito-ohjeet voivat olla ristiriitaisia ja vaihtelevia. Tulevaisuudessa haavojen synnyn ehkäisemisessä ja ongelmattomien haavojen hoidossa ovat tärkeässä asemassa terveysasemat, kotihoito ja kotisairaanhoido. Ammattilaisille tulee kehittää selkeät hoito-ohjeet, lähetekäytännöt ja hoitoketjut. (Lepäntalo ym. 2009.)



## 4 HOITAJAN HAAVAOSAAMINEN

Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, se vaatii hoitotyön tietojen ymmärtämistä, taitojen soveltamista ja itsenäistä päätöksentekoa. Hoitotyön asiantuntemus hankitaan koulutuksesta, ja se kehittyy kokoajan työelämässä. Nykyinen tietoyhteiskunta vaatii jatkuvaa kehittymistä ja uusiutumista, joten hoitotyössäkin itsensä kehittäminen on välttämätöntä. (Kassara ym. 2005, 22.) Perushoidon osaajia tarvitaan enenemissä määrin koti- ja laitoshoidon vanhus- ja vammaispalveluissa. Sairaanhoitajan tehtävät koostuvat usein hallinnollisista ja erityisosaamista vaativista tehtävistä, joten lähi- ja perushoitajien vastuulle tulee potilaan perushoidosta huolehtiminen. Vähäinen tai heikko perushoito lisää infektioiden, iho-oireiden ja makuuhaavojen riskiä. (Paavola 2013.)

Arvellaan, että krooniset haavat kuluttavat länsimaiden terveydenhuollon budjetista jo 5 %. Haavojen hyvä ennaltaehkäisy pienentäisi kustannuksia ja päävastuu ennaltaehkäisyssä on perushoidossa. (Paavola 2013.) Paremmalla haavojen hoidolla yhteiskunta säästäisi miljoonia euroja. Haavojen hoidosta aiheutuu vuodessa koko Suomessa satojen miljoonien hoitokulut. (Koskinen 2015.)

Sairaanhoitajan työskentely ja hoitopäätösten tekeminen on tieteelliseen näyttöön perustuvaa. Sairaanhoitajan on hyvä seurata alansa kehittymistä ja kyseenalaistaa käytössä olevia menetelmiä. (Erikson ym. 2015, 19.) Hoitotyössä on käytettävä luotettavia osaamisen arvioinnin mittareita, jotta saadaan tietoon henkilökunnan asenne haavan ehkäisyyn ja hoitoon. Organisaatiossa kuuluu olla näyttöön perustuva koulutussuunnitelma liittyen haavojen ehkäisyyn. Työpaikoissa pitää antaa työntekijöille mahdollisuus koulutukseen huomioiden koulutuksen tarpeet haavojen hoidossa. (Kinnunen ym. 2015, 27.)

Vuonna 2014 tehdyn sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hankkeen tarkoituksena oli määrittää, mitkä ovat sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset tulevaisuudessa ammattipätevyysdirektiivin mukaan. Ammattipätevyysdirektiivin mukainen yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen muodostuu yhdeksästä alueesta, joista viides

on kliininen osaaminen. Kliiniseen osaamiseen sisältyy myös haavanhoito. (Eriksson ym. 2015, 7–8.) Lähihoitajan perustutkintoon kuuluu sairaanhoidon ja huolenpidon osaamisala. Se kattaa ammattitaitovaatimuksia, jotka sisältävät myös haavanhoidon osaamisen. Lisäksi lähihoitaja voi suorittaa valinnaistutkintona haavanhoito jalkojen hoidossa, jos koulun koulutustarjonnasta se löytyy. (Opetushallitus 2014.)

Asiantuntijuus ja haavojen hoito on usein hajaantunut moniin eri paikkoihin, mikä aiheuttaa ongelmia hoidon sujuvuudessa. Haasteita haavojen hoitoon tuottaa, ettei haavapotilaiden hoito ole ensisijaisesti minkään erikoisalan vastuulla haavojen moninaisten etiologisten syiden takia. (Hietanen & Juutilainen 2013, 389.) Sairaanhoitaja voi hoitaa itsenäisesti haavapotilaita, jos haavan aiheuttaja tiedetään ja haavan oletetaan paranevan ongelmitta. Kun potilaalle on tehty lääketieteellinen haavadiagnoosi ja haavanhoidon kokonaistavoite on selvillä, voi sairaanhoitaja ottaa vastuun kroonisten haavojen hoidosta. Itsenäinen toiminta vaatii kuitenkin, että sairaanhoitaja voi tarpeen mukaan konsultoida lääkäriä. (Kassara ym. 2005, 267.)

Kotila (2012) on tutkinut Helsingin keskussairaalassa työskentelevien sairaanhoitajien (n = 25) ammatillista pätevyyttä ja itsearviointia omasta toiminnastaan. Tutkimuksessa sairaanhoitajat suorittivat itse- ja vertaisarvioin osaamisestaan. Aineisto kerättiin internet-kyselylomakkeen avulla hyödyntäen sairaanhoitajien ammattipätevyysmittaria. (Kotila 2012, 2.) Tuloksissa selviää itsearvion ja vertaisarvion olevan lähellä toisiaan. Sairaanhoitajat kokevat parhaaksi osaamisalueekseen ihmisten auttamisen ja heikoimmaksi työn laadunvarmistamisen. Tulokset kertovat, että hoitajat kokevat osaavansa kliinisessä hoidossa toteutuvan päätösten teon hyvin, mutta näyttöön perustuvan tutkimustiedon hyödyntämisen hoitajat arvioivat tyydyttäväksi. Vertaisarvioinnissa sairaanhoitajat olivat saaneet paremmat tulokset ammatillisesta pätevyydestä kuin itsearvioinnissa. Sairaanhoitajat arvioivat omaa osaamistaan erittäin kriittisesti ja olivat sitä mieltä, että rakenteellinen palaute edistää ammatillista kasvua. (Kotila 2012, 50–54.)

Koivunen ym. (2014) ovat tutkineet erikoissairaanhoidossa työskentelevän hoitohenkilökunnan (n = 66) osaamista ja koulutustarpeita painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyen. Tutkimukseen kerättiin aineisto strukturoidulla kyselylomakkeella. Tietotestin tulosten mukaan heikoimmin hallitut osa-alueet liittyivät painehaavaluokkien tunnistamiseen ja painehaavariskin arvioimiseen. Kohtalaisen hyvin hallittiin ravitsemuksen merkitys painehaavojen ehkäisyssä. Suurin osa vastaajista koki tarvitsevansa kohtalaisesti tai paljon lisäkoulutusta. Hoitohenkilökunta ei välttämättä tunnistanut omaa roolia ja osaamisvajeita painehaavojen ehkäisyssä erikoissairaanhoidossa. Arvosanoilla 4–10 arvioituna kokonaiskeskiarvoksi muodostui 7,31. (Koivunen ym. 2014, 14–19.)

Turkissa (2010) on tutkittu hoitajien (n = 243) tietoa ja käytännön osaamista syvien kudonsvaurioiden ja 1. asteen painehaavojen ehkäisystä ja hallinnasta. Tutkimus toteutettiin Ankarassa kolmessa eri sairaalassa. Tutkimusta varten tehtiin kyselylomake haavanhoidon asiantuntijoiden avustuksella. Hoitajat täyttivät lomakkeen tutkijan läsnä ollessa. Oikeiden vastausten keskiarvo oli 48.85 sadasta pisteestä. Tutkimuksesta voidaan todeta, ettei hoitajilla ole riittävää tietoa ja taitoa syvien kudonsvaurioiden ja 1. asteen painehaavojen ehkäisyssä ja hallinnassa. (Aydin ym. 2010.)

Ruotsissa (2010) on tutkittu hoitajien (n = 26) haavanhoitotaitoja, haavanhoitokäytäntöjä ja yhteistyötä muiden ammattihenkilöiden kanssa. Tutkimukseen osallistui hoitajia viidestä Ruotsalaisesta terveyskeskuksesta ja aineisto kerättiin kyselylomakkeella. (Friman ym. 2010, 90.) Tutkimuksessa selvisi, että viikon aikana hoitajilla oli 11 haavaa hoidettavana. Tuloksissa ilmenee, että hoitajat hoitavat usein haavoja ilman lääketieteellistä diagnoosia haavan syntyyn. Usein haavanhoito-ohjeet puuttuvat tai ovat puutteellisia. Ammatillinen yhteistyö näkyy haavanhoidon edetessä, mutta on heikkoa. Hoitajat pitävät haavanhoitoa heidän vastuualueenaan. (Friman ym. 2010, 93–96.)

## **5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tietotestin avulla Salon kaupungin vanhuspalveluissa työskentelevien lähihoitajien, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tämän hetkistä haavaosaamista. Tavoitteena opinnäytetyössä on kehittää hoitohenkilökunnan haavaosaamista.

Tutkimusongelma

1. Millaiset ovat Salon kaupungin vanhuspalveluissa työskentelevien hoitajien tietotaidot eri osa-alueilla haavanhoidossa?

## 6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Terveystenhuollon hoitokustannuksista kuluu kahdesta neljään prosenttia tällä hetkellä paine- ja muiden kroonisten haavojen hoitoon. Suomessa aiheutuu vuodessa satojen miljoonien hoitokulut haavojen hoidosta, joten paremmalla haavojen hoidolla yhteiskunta säästäisi miljoonia euroja. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on alettu tehostaa haavojen hoitoa projektin avulla. Hankkeen tavoitteena on nopeuttaa haavojen paranemista sekä ehkäistä niiden syntyä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2015.)

Kroonisten haavojen hoidossa on haasteena sujuvan hoito-organisaation ja hoitoketjujen luominen. Haavapotilaiden laaja kirjo vaikeuttaa diagnoosin tekemistä. Monissa paikoissa ei ole sovittu haavapotilaiden hoitovastuusta. Asiantuntemus ja haavojen hoito voi olla hajautunut moniin eri paikkoihin, minkä vuoksi syntyy ongelmia hoidon sujuvuudessa. Haavojen hoidossa tarvitaan moniammatillisen työryhmän erikoisosaamista. (Juutilainen & Hietanen 2013, 389–390.)

Opinnäytetyön teko aloitettiin elokuussa 2015 yhteistyössä Salon kaupungin vanhuspalvelun kanssa, jossa haluttiin saada tietoa hoitohenkilökunnan haavanhoidon liittyvästä osaamisesta. Toimeksiantosopimus (liite 1) tehtiin loka-kuussa Salon kaupungin vanhuspalvelun kanssa.

Salon kaupungin vanhuspalvelut koostuvat ympärivuorokautisesta hoidosta ja kotihoidosta. Hoivakodit ja tehostetun palveluasumisen yksiköt kuuluvat ympärivuorokautiseen hoitoon. Kotihoito sisältää kotiin, vanhusten taloon ja palvelutaloon tarjottavan hoidon ja tukipalvelut. (Salo 2015.) Vanhuspalveluiden henkilöstö kostuu pääosin lähihoitajista/perushoitajista, kodinhoitajista ja sairaanhoitajista. Työntekijöistä lähes 200 työskentelee kotihoidossa, jossa on 18 kotihoitotiimiä. Henkilökunnasta 56 % on 45 vuotta täyttäneitä. (Salon kaupunki 2015.)

Teoreettista tietoa haettiin tietokannoista Cinahl, Medic ja Medline. Hakusanoina käytettiin ”home care & sore”, ”chronic ulcer & nursing”, ”wound & care & know-how”, ”chronic ulcer” ja ”hoito & haava”. Hakujen rajauksena oli tiivistelmä, koko teksti, julkaisut vuoden 2010 jälkeen sekä englannin kieli kan-

sainvälisissä tietokannoissa. Tietokantojen kautta tietoa löytyi niukasti, eikä niitä käytetty lähteinä työssä. Työssä lähteinä käytettiin manuaalisen haun avulla löytyneitä ulkomaisia tutkimuksia, suomalaisia väitöskirjoja ja käypä hoito -suositusta. Lähteinä toimivat myös ammattikirjallisuus ja ammatilliset lehdet.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on yleistä käyttää kyselyä eli survey-tutkimusta menetelmänä. Kyselyn etuna on laajan tutkimusaineiston kerääminen ja monen asian kysyminen samalla kerralla. Keinona kysely on tehokas, koska se säästää tutkijan aikaa. Vastaamiseen vaikuttava tärkein seikka on tutkimuksen aihe, mutta lomakkeen laadinnalla ja kysymysten tarkalla suunnittelulla voidaan tehostaa tutkimuksen onnistumista. (Hirsjärvi ym. 2007, 188–193.)

Yksi tyypillinen kvantitatiivisen aineiston tiedonkeruumenetelmä on internet-kysely. Internetkysely edellyttää, että jokaisella vastaajalla on oma sähköposti-soite sekä mahdollisuus internetin käyttöön. (Heikkilä 2014.) Internet-kysely valittiin aineistonkeruumenetelmäksi, koska tällä tavoin oli mahdollista saavuttaa vastaajat vaivattomasti ja nopeasti. Myös aineistonkeruu internet-kyselyn välityksellä oli välimatkojen takia helpompaa.

Kyselyssä voidaan käyttää avointa tai suljettua kysymysmuotoa. Avoimeen kysymykseen vastaaja vastaa omin sanoin haluamallaan tavalla ja suljettuun kysymykseen valitsemalla vastausvaihtoehdoista. (Hirsjärvi ym. 2007, 193–194.) Aineiston keruu toteutettiin Webropol-ohjelman avulla internetkyselynä, ja kyselylomake (Liite 2) laadittiin tätä opinnäytetyötä varten. Kyselylomakkeessa käytetyt väittämät perustuivat aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. Kyselyn alussa ensimmäiset neljä kysymystä koskivat taustatietoja: työyksikköä, koulutusta, työuran kestoa ja omaa arvioita haavanhoidon osaamisesta. Taustatietoja koskevilla kysymyksillä oli eri vastausvaihtoehtoja, joista piti valita itselle sopivin.

Haavan paranemisen etenemiseen vaikuttaa monet asiat, kuten haavan ja sen ympäröivän kudoksen vallitsevat olosuhteet (Lagus 2013, 29). Kyselylomakkeen laatimiseen ja väittämien jakamiseen kuuteen osa-alueeseen vaikutti aiheeseen liittyvä kirjallisuus. Väittämien kuusi osa-aluetta olivat: krooninen haava, infektoitunut haava, haavan tunnistaminen, haavan paraneminen, haavan-

hoito ja haavanhoidon kirjaaminen. Kaikissa kuudessa osa-alueessa oli 4–18 väittämää ja yhteensä väittämiä oli 48. Väittämissä oli kolme eri vastausvaihtoehtoa, jotka olivat: kyllä, ei ja en tiedä. Väittämät pisteytettiin siten, että jokaisesta väittämästä oli mahdollista saada yksi piste, yhteensä 48 pistettä.

Kyselylomakkeen toimivuutta testattiin hoitoalan opiskelijoilla ( $n = 6$ ). Kyselylomakkeen asiasisältöä kommentoivat opinnäytetyön ohjaavat opettajat ja vanhuspalveluiden asiantuntija Salla Lindegren. Muutaman väittämän kysymyksenasettelua muokattiin ymmärrettävämpään muotoon. Joidenkin väittämien vaikeimpia hoitoalan sanoja muokattiin helpommin ymmärrettäviksi, jotta kaikki ammattiryhmät osasivat vastata niihin.

Saatekirjeessä tulee kertoa tutkimuksen tarkoitus ja tekijät. Saatekirjeessä selvitetään myös tutkimuksen tavoitteet ja korostetaan tutkimuksen luottamuksellisuutta. Siitä tulee selvitä, miten tutkimus toteutetaan ja palautetaan. Saatekirjeellä voi olla merkitystä siihen, vastataanko kyselyyn vai ei ja siksi sen tärkeänä tehtävänä on myös motivoida. (Heikkilä 2014.) Saatekirje (liite 3) lähetettiin kyselylomakkeen kanssa. Saatekirjeessä kerrottiin vastaajille tutkimuksen tarkoitus ja tavoite sekä miksi juuri heidän toivotaan siihen vastaavan. Siinä selvitettiin vastausaika, ajankohta ja korostettiin tutkimuksen luottamuksellisuutta sekä selitettiin tutkimuksen taustasta ja vastaamisesta. Saatekirjeestä ilmeni opinnäytetyön tekijöiden ja ohjaavien opettajien yhteystiedot, jos vastaajilla oli tarvetta ottaa yhteyttä.

Tutkimuslupa (liite 4) saatiin lokakuun lopussa 2015. Tutkimusluvan saannin jälkeen kysely lähetettiin lähihoitajille, sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille ( $N = 400$ ) Salon kaupungin vanhuspalveluiden ympärivuorokautisen hoidon yksiköihin sekä kotihoitoon. Internet-kyselyn linkki lähetettiin sähköpostitse vastaajille Salon kaupungin Vanhuspalveluiden asiantuntijan Salla Lindegrenin välityksellä. Salla Lindegren jakoi ne osastojen sekä tiimien vastaaville ja tiimin vastaavat jakoivat saatekirjeen ja linkin kyselyyn hoitohenkilökunnan työsähköposteihin. Vastausaika oli 29.10.–15.11.2015 välinen aika. Vastausajan puolella välissä muistutettiin vastaajia vanhuspalveluiden asiantuntijan kautta sähköpostilla. Sähköposti sisälsi linkin kyselyyn ja vastaamiseen motivoivan viestin. Tarkkaa

määrää tietotestin tavoittaneista ei voida saada selville, koska osa hoitajista on saattanut olla vuosilomalla, sairauslomalla tai perhevapalla. Tietotestiin vastasi kuitenkin yhteensä 149 työntekijää, eli vastausprosentiksi tuli 37 %.

Taulukoilla ja kuvioilla pystytään parantamaan tekstin luotettavuutta ja ymmärrettävyyttä. Kuvioilla, käyrillä, pylväillä ja piirroksilla pystytään havainnollistamaan tietoa. (Hirsjärvi ym. 2007, 305–3011) Frekvenssi tarkoittaa lukumäärää, joka ilmoittaa, kuinka monta kertaa joku ominaisuus esiintyy aineistossa. Prosenttiluku ilmoittaa numeroina, kuinka monta prosenttia havainnoista saa tietyn arvon. (Opetushallitus 2015.)

Vastausten saannin jälkeen taustatiedot avattiin opinnäytetyöhön tekstinä ja kuvioina. Kuvioista tehtiin selkeät ja helposti ymmärrettävät. Väittämistä kerätty aineisto analysoitiin tilastollisesti käyttäen apuna frekvenssejä, prosentteja, kuvioita sekä taulukoita. Prosentit ja frekvenssit saatiin Webropol-ohjelmasta ja niitä hyödynnettiin taulukoissa, joissa kerrottiin kaikkien väittämien oikein-, väärin- ja en tiedä -vastaukset. Tuloksissa kerrottiin kirjallisesti kaikkien kuuden osion eniten oikeita ja vääriä vastauksia saaneet väittämät. Kuvan avulla havainnollistettiin, mitkä osa-alueet olivat menneet koko kyselyssä parhaiten sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla sekä vastaavasti lähihoitajilla ja jonkun muun koulutuksen omaavilla.

Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan tehdä toistettavia ja päteviä päätelmiä tutkimusaineiston suhteesta sen sisältö- ja asiayhteyteen (Anttila 1998). Kyselyssä oli yksi avoin kysymys, joka analysoitiin sisällönanalyysillä. Kysymykseen tulleista vastauksista laskettiin, kuinka monta henkilöä oli töissä kotihoidossa, palvelukeskuksissa ja vanhainkodeissa. Vastauksissa oli kaksi vastausta, jotka eivät vastanneet kysyttyyn kysymykseen, minkä takia ne jätettiin pois tuloksista. Kysymyksen tulokset merkittiin työhön kuvion avulla.

Tuloksia analysoidessa on yhdistetty sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat samaan kategoriaan, koska terveydenhoitajien määrä oli vähäinen. Lähihoitajat/perushoitajat ja jonkun muun koulutuksen omaavat yhdistettiin samalla periaatteella. Tulosten pohdinnassa on käytetty sairaanhoitajista ja terveydenhoita-



jista termiä sairaanhoitajat. Lähihoitajista/perushoitajista ja jonkun muun koulutuksen omaavista käytetään termiä lähihoitajat. Oletetaan, että jonkun muun koulutuksen omaavien ryhmä koostuu hoitoalanopiskelijoista tai alemman koulutuksen omaavista.

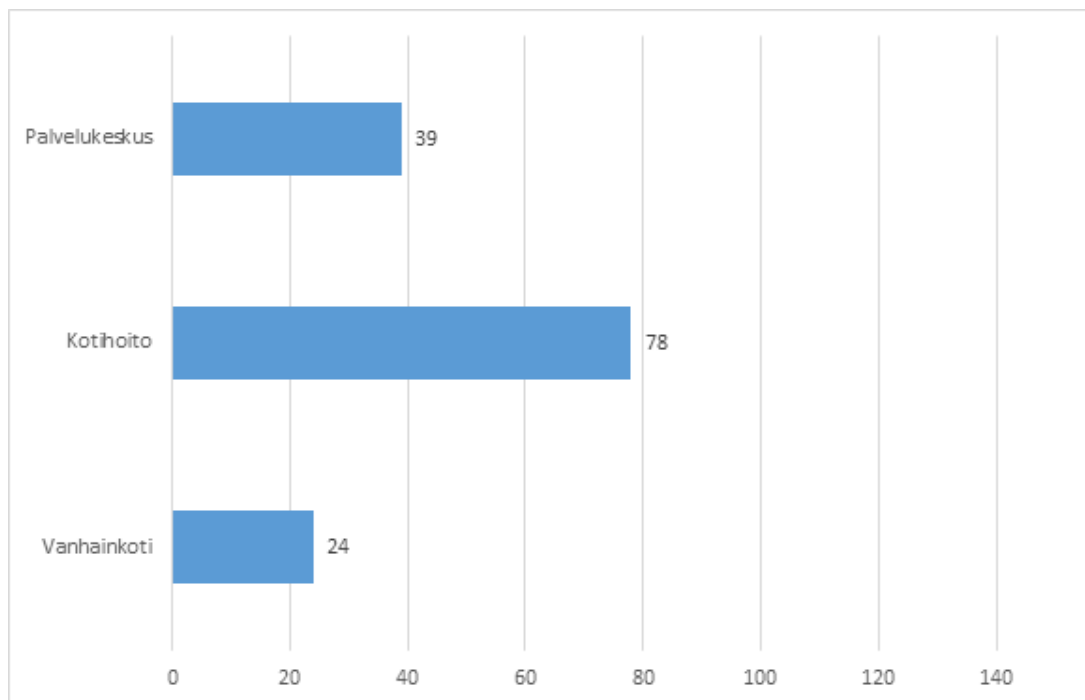
Salon kaupungin vanhuspalvelun hoitohenkilökunnan tietotasoa haavoista mitattiin myös osa-alueittain. Osa-alueen vastausten määrä jaettiin vastanneiden määrällä, jolloin saatiin oikein, väärin ja en tiedä vastausten prosentit.

Ristiintaulukointia voidaan hyödyntää kahden eri muuttujan välisen yhteyden tarkastelussa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 113). Tuloksissa ristiintaulukoitiin hoitajien työkokemuksen vaikutus oikeiden vastausten määrään, mikä havainnoitiin taulukon avulla. Ristiintaulukointia käyttäen muuttujana jotakin ammattiryhmistä ei pystytty tekemään ammattiryhmien epätasaisen vastajamäärän vuoksi.

Työ valmistui joulukuussa 2015 ja esitettiin Turun ammattikorkeakoulun Salon toimipisteessä joulukuussa 2015. Valmis työ toimitettiin toimeksiantajalle ja Theseus-tietokantaan.

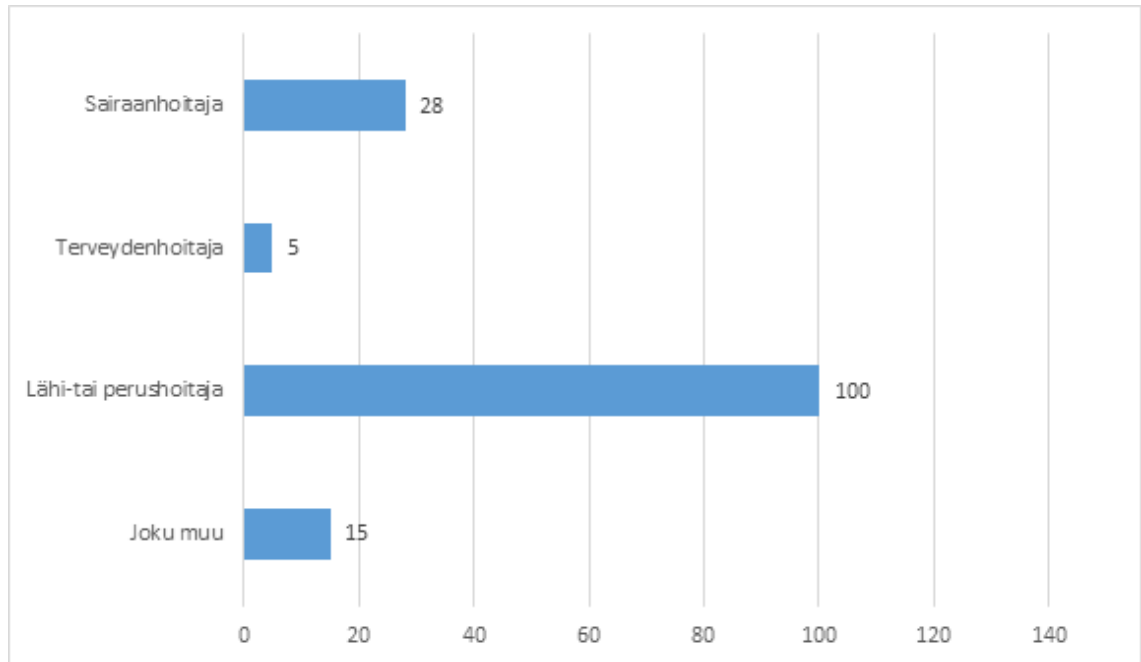
## 7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tietotestiin vastanneet hoitajat ilmoittivat työskentelevänsä kotihoidossa (56 %  $f = 78$ ), palvelukeskuksissa (27 %  $f = 39$ ) ja vanhainkodeissa (17 %  $f = 24$ ). Vastauksista kaksi jätettiin laskematta, koska ne eivät vastanneet kysymykseen. (Kuvio 1.)



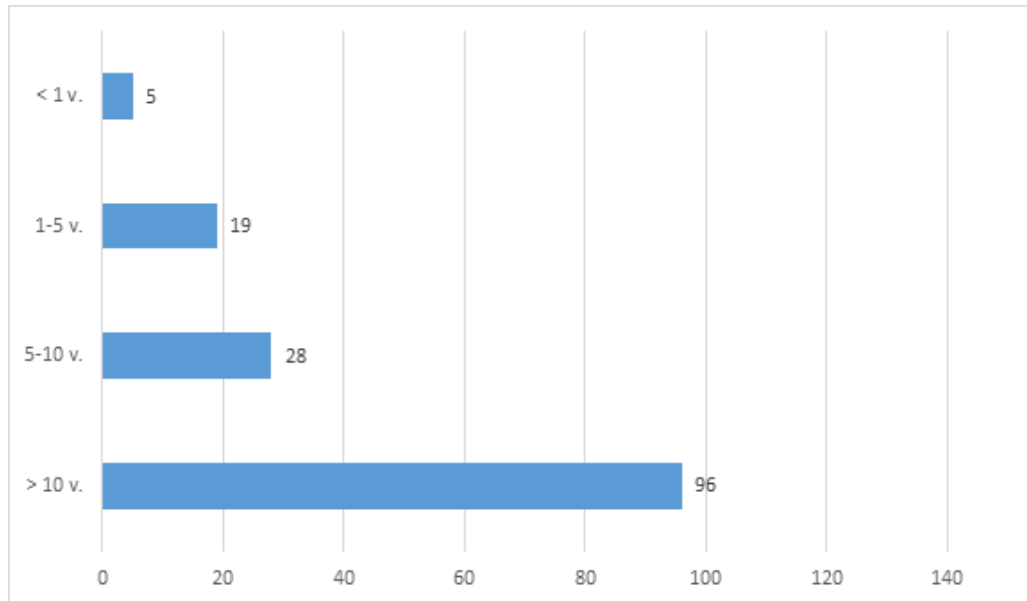
Kuvio 1. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotestin tehneiden hoitotyöntekijöiden työpaikat ( $n = 143$ ).

Suurin joukko vastanneista 68 % ( $f = 100$ ) oli lähi- tai perushoitajia. Sairaanhoidajia oli 19 % ( $f = 28$ ), vastaajien joukossa oli myös 10 % ( $f = 15$ ) jonkun muun koulutukseen omaavia henkilöitä ja 3 % ( $f = 5$ ) oli terveydenhoitajia. (Kuvio 2.)



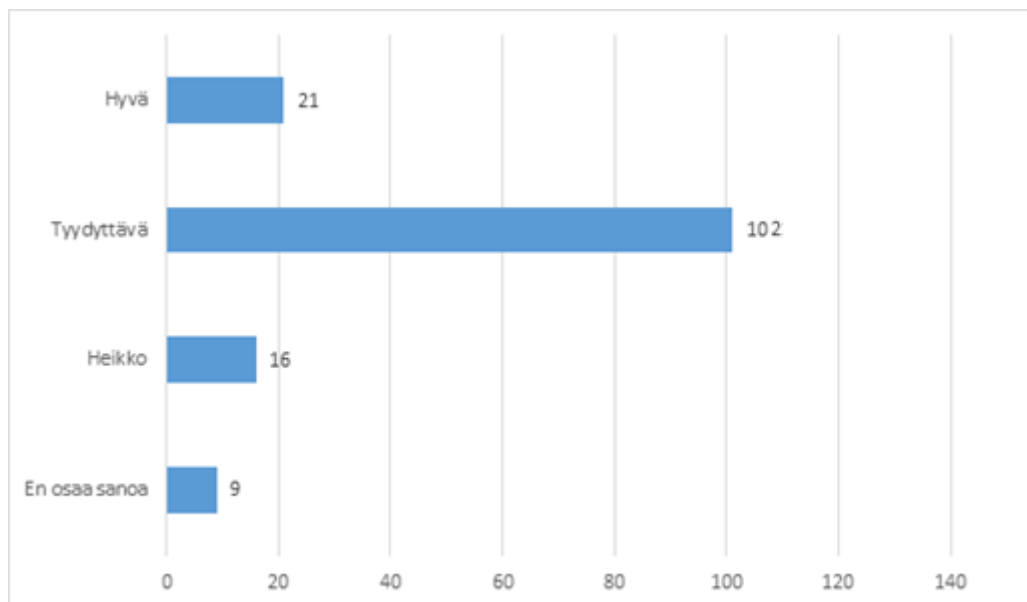
Kuvio 2. Salon kaupungin vanhushuolteen hoitohenkilökunnan tietotestin tehneiden hoitotyöntekijöiden ammatti (n = 148).

Tietotestin tehneistä 64 % (f = 96) oli työskennellyt hoitoalalla yli kymmenen vuotta, 5–10 vuoden työkokemus oli 20 %:lla (f = 28), 1–5 vuoden työkokemuksen omaavia oli 13 % (f = 19) ja 3 % (f = 5) oli työskennellyt hoitoalalla vähemmän kuin vuoden. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotestiin vastanneiden työkokemus hoitoalalta (n = 148).

Tietotestiin vastanneet arvioivat omaa haavaosaamistaan. Yli puolet (64 %, f = 101) vastaajista koki omaavansa tyydyttävät haavataidot. Hyväksi taitonsa arvioivat 14 % vastaajista (f = 21) ja heikoksi 11 % (f = 16). (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan arvio omasta haavaosaamisesta (n = 148).

Kroonisia haavoja koskeviin väittämiin vastattiin koulutuksesta riippumatta eniten oikein kohtiin "Diabetes ei vaikuta kroonisen haavan syntyyn" (93 %, f = 138) ja "Suurin osa alaraajahaavoista on laskimoperäisiä" (82 %, f = 121). Eniten väärä vastaus tuli väittämään "Valtimoperäisen alaraajahaavan kipu helpottuu jalkaa riiputtaessa" (41 %, f = 60), joka keräsi myös eniten en tiedä -vastauksia (16 %, f = 23). (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotaso kroonisista haavoista.

Krooninen haava	Oikein % / f	Väärin % / f	En tiedä % / f
Krooniseksi haavaksi luokitellaan haava, joka on ollut avoimena yli kuukauden (n = 148)	80/119	17/25	3/4
Laskimoperäiset haavat sijaitsevat tavallisesti nilkan ja säären alakolmanneksen sisemmällä sivulla (n = 148)	78/116	15/22	7/10
Ulkoiset tekijät vaikuttavat kroonisen haavan syntyyn (n = 147)	70/103	27/40	3/4
Diabetes ei vaikuta kroonisen haavan syntyyn (n = 149)	93/138	7/10	1/1
Suurin osa alaraajahaavoista on laskimoperäisiä (n = 147)	82/121	8/11	10/15
Valtimoperäisen alaraajahaavan kipu helpottuu jalkaa riiputtaessa (n = 147)	43/64	41/60	16/23

Infektoituneen haavan tunnistamiseen liittyvässä osiossa kaikissa väittämissä oikeiden vastausten määrä jäi alle 90 %. Parhaiten vastaajat osasivat vastata väittämään "Haavasta tuleva epämiellyttävä haju on infektion merkki" (89 %, f = 133). Väärä vastaus tuli eniten väittämään "Haavan katteisuus on infektion merkki" (41 %, f = 61). Väite "Mikrobiläkkeistä on aina hyötyä kroonisen säärihaavan paranemisessa" keräsi eniten en tiedä -vastauksia (11 %, f = 16). (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotaso infektoituneista haavoista.

Infektoitunut haava	Oikein	Väärin	En tiedä
	% / f	% / f	% / f
<b>Kaikki avonaiset haavat sisältävät bakteereita (n = 149)</b>	73/109	24/36	3/4
<b>Bakteeriviljelynäytteen ottaminen ei ole oleellista infekti- on löytämiseksi (n = 149)</b>	70/104	26/39	4/6
<b>Haavainfektiossa bakteerit tuhoavat myös tervettä ku- dosta (n = 145)</b>	88/127	8/12	4/6
<b>Mikrobilääkkeistä on aina hyötyä kroonisen säärihaavan paranemisessa (n = 145)</b>	66/96	23/33	11/16
<b>Haavainfektiossa potilaan CRP on kohonnut (n = 148)</b>	74/109	21/31	5/8
<b>Haavan katteisuus on infektion merkki (n = 148)</b>	56/83	41/61	3/4
<b>Haavasta tuleva epämiellyttävä haju on infektion merkki (n = 149)</b>	89/133	10/14	1/2

Haavan paranemista koskevissa väittämissä oikeat vastaukset vaihtelivat välillä 48 %–96 %. Väittämät ”Verenkierron happivaje ei vaikuta haavan paranemiseen” ja ”Korkea verensokeriarvo edistää haavan paranemista” saivat eniten oikeita vastauksia (96 %, f = 142). Vääriä vastauksia oli eniten väitteessä ”Haavan paranemisprosessi käynnistyy välittömästi kudoksen vaurioitumisen jälkeen” (43 %, f = 63). Eniten en tiedä -vaihtoehdolla vastattiin kohtaan ”Ihon maseoituminen haavan kannalta on hyvä asia” (15 % f = 23). (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotaso haavan paranemisesta.

Haavan paraneminen	Oikein % / f	Väärin % / f	En tiedä % / f
Haavan paranemisprosessi käynnistyy välittömästi kudoksen vaurioitumisen jälkeen (n = 146)	48/70	43/63	9/13
Verenkierron happivaje ei vaikuta haavan paranemiseen (n = 148)	96/142	2/3	2/3
Turvotus ei estä haavan paranemista (n = 149)	81/120	15/23	4/6
Korkea verensokeriarvo edistää haavan paranemista (n = 148)	96/142	3/4	1/2
Proteiinin puutos pienentää infektioriskiä (n = 148)	85/126	5/7	10/15
Antikoagulanttihoito edistää haavan paranemista (n = 147)	67/99	19/28	14/20
Haavapotilaan ravinnon tarve lisääntyy (n = 144)	69/100	27/39	4/5
Ihon maseroituminen haavan kannalta on hyvä asia (n = 149)	75/111	10/15	15/23

Haavan tunnistamista koskevassa osiossa oikein vastanneiden määrä väittämiin jäi alle 64 %. Oikeita vastauksia tuli eniten väittämään ”Vileä raaja viittaa valtimoperäiseen haavaan” (64 %, f = 95). Vääriä vastauksia sai eniten väittämä ”Valtimoperäisessä haavassa on usein kellertävä fibriinikate” (41 %, f = 60). Eniten en tiedä -vastauksia oli kohdassa ”Laskimoperäinen haava on yleensä kuivapohjainen” (29 % f = 43). (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotaso haavan tunnistamisesta.

Haavan tunnistaminen	Oikein	Väärin	En tiedä
	% / f	% / f	% / f
Valtimoperäinen haava sijaitsee yleensä jalkaterän ja varpaiden alueella (n = 147)	57/83	24/36	19/28
Laskimoperäinen haava on yleensä kuivapohjainen (n = 147)	53/77	18/27	29/43
Valtimoperäisessä haavassa on usein kellertävä fibriinikate (n = 147)	35/51	41/60	24/36
Viileä raaja viittaa valtimoperäiseen haavaan (n = 148)	64/95	15/22	21/31
Nekroottisessa haavassa ominaista on keltainen fibriinikate (n = 148)	58/86	28/42	14/20

Haavanhoitoa koskeva osio oli testin suurin, ja siihen sisältyi 18 väittämää. Hoitajat vastasivat parhaiten väittämiin "Haavan keltaista fibriinikatetta ei saa poistaa" ja "Haavan ympäröivän ihon kunnolla ei ole merkitystä haavan paranemisessa" (98 %, f = 145). Vääriä vastauksia keräsi eniten väite "Autolyyttistä puhdistamista edistävä sidos soveltuu hyvin infektoituneen ja diabeettisen perifeerisen haavan puhdistukseen" (49 %, f = 72), jossa oli myös eniten en tiedä -vastauksia (37 %, f = 55). Kohta "Haavan etiologialla ei ole merkitystä haavan hoidossa" sai myös paljon en tiedä -vastauksia (24 %, f = 35). (Taulukko 5.)



Taulukko 5. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotaso haavojen hoidosta.

Haavan hoito	Oikein % / f	Väärin % / f	En tie- dä % / f
Haava kuuluu puhdistaa alkoholipitoisella puhdistusai- neella (n = 145)	89/129	10/15	1/1
Haavan keltaista fibriinikatetta ei saa poistaa (n = 147)	98/145	1/1	1/1
Puhdas pohjaisen kroonisen alaraajahaavan hoitoväli voi olla useita päiviä (n = 146)	94/137	6/9	0/0
Nekroottista haavaa hoidetaan harvemmin (n = 147)	81/119	9/13	10/15
Nopein ja tehokkain tapa haavan puhdistukseen on ki- rurginen revisio (n = 146)	56/82	30/43	14/21
Hopeaa sisältäviä haavasidoksia tulee käyttää kuuriluon- toisesti (n = 148)	94/139	4/6	2/3
Epätarkoituksenmukainen haavasidos ei hidasta haavan paranemista (n = 148)	91/135	7/10	2/3
Haavanhoidossa ei ole yhtä oikeaa ratkaisua (n = 149)	96/143	3/5	1/1
Tärkeintä laskimoperäisissä haavoissa on kompressio- hoito (n = 148)	82/122	9/13	9/13
Haavan etiologialla ei ole merkitystä haavan hoidossa (n = 147)	68/100	8/12	24/35
Haavan kirurgisessa revisiossa haavasta poistetaan kaikki huono ja eloton kudos veitsellä, saksilla tai atuloil- la (n = 149)	88/131	7/10	5/8
Mekaaninen puhdistus tehdään katteiseen haavaan vain tarvittaessa (n = 148)	54/79	43/64	3/5
Autolyttista puhdistamista edistävä sidos soveltuu hy- vin infektoituneen ja diabeettisen perifeerisen haavan puhdistukseen (n = 147)	14/20	49/72	37/55
Haavan väri vaikuttaa haavasidoksen valintaan (n = 148)	69/102	28/41	3/5
Haavakivun hoitamisella ei ole merkitystä haavan para- nemiseen (n = 148)	90/133	7/11	3/4
Haavan ympäröivän ihon kunnolla ei ole merkitystä haa- van paranemisessa (n = 148)	98/145	2/3	0/0
Haavasta tulee ottaa mitat 1–2 viikon välein (n = 148)	85/126	10/15	5/7
Paikallispuudutteita ei tule käyttää säärihaavoille (n = 148)	86/126	7/11	7/11

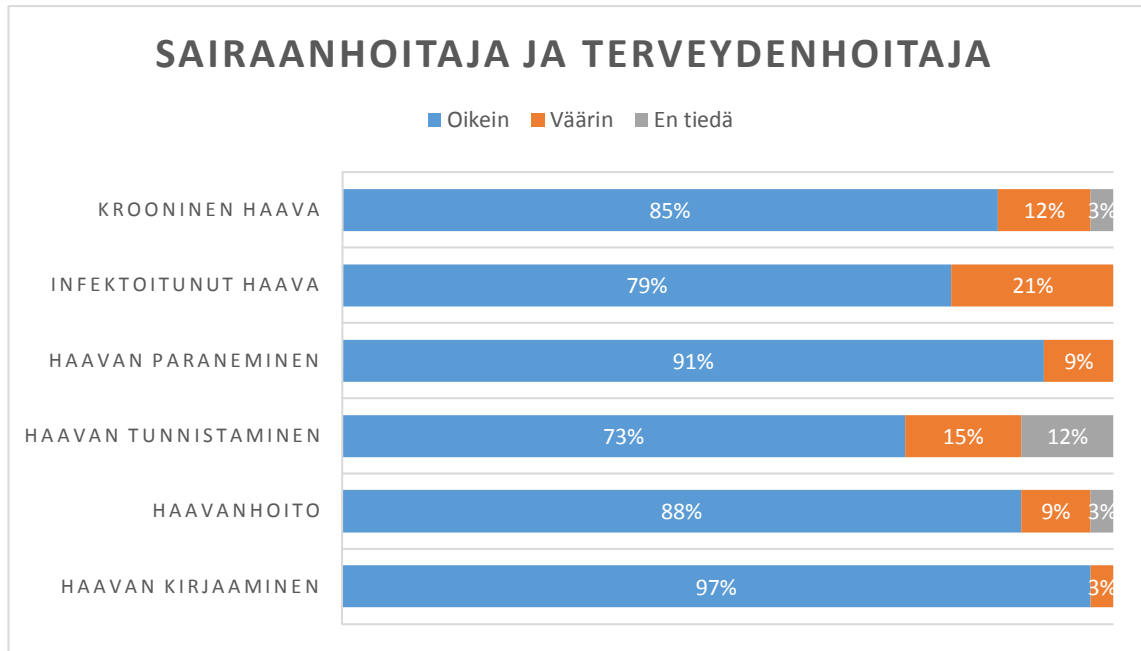
Haavan kirjaamista koskevissa väittämissä vastattiin jokaiseen kohtaan yli 90 % oikein. Väittämään "Oikeanlainen ja yhtenäinen kirjaaminen helpottaa haavan-  
hoitoa" vastattiin 100 % oikein. Kohdat "Haavanhoidosta ei tarvitse kirjata joka  
kerta" ja "Haavakivun arviointi on tärkeä osa kirjaamista" saivat saman verran

oikeita vastauksia (99 %). Vääriä vastauksia oli eniten väittämässä ”Potilaan henkilöllisyyden tunnistamisen vuoksi haavaa ei saa valokuvata” (4 %, f = 6), joka keräsi myös eniten en tiedä -vastauksia (5 %, f = 8). (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotaso haavan kirjaamisesta.

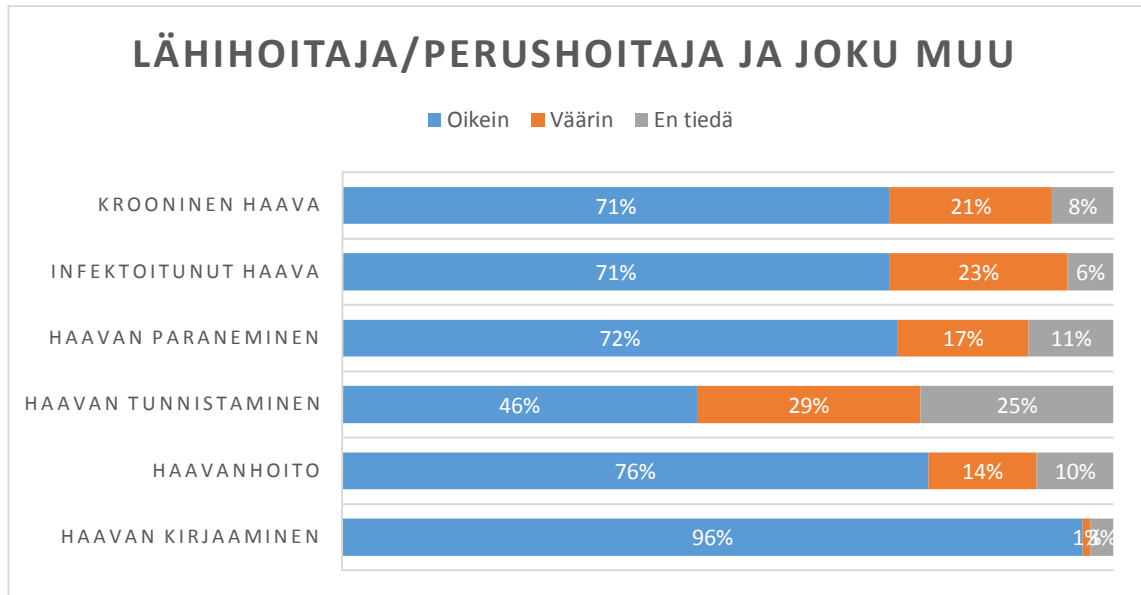
Haavan kirjaaminen	Oikein % / f	Väärin % / f	En tiedä % / f
Haavanhoidosta ei tarvitse kirjata joka kerta (n = 149)	99/148	1/1	0/0
Potilaan henkilöllisyyden tunnistamisen vuoksi haavaa ei saa valokuvata (n = 148)	91/134	4/6	5/8
Haavakivun arviointi on tärkeä osa kirjaamista (n = 147)	99/145	0/0	1/2
Oikeanlainen ja yhtenäinen kirjaaminen helpottaa haavanhoitoa (n = 149)	100/149	0/0	0/0

Vastaajista sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat yhdistettiin samaan kategoriaan väittämien osa-alueita analysoitaessa (kuvio 5). Eniten oikeita vastauksia (97 %) sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla oli osa-alueessa haavan kirjaaminen, johon oli kokonaisuudessaankin vastattu parhaiten. Eniten vääriä vastauksia (21 %) oli infektoitunut haava osa-alueessa. Huonoiten oli vastattu haavan tunnistamiseen liittyvään osa-alueeseen, jossa oli myös eniten en tiedä -vastauksia (12 %).



Kuvio 5. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotestiin vastanneiden sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tietotaso haavoista (n = 33).

Vastaajista lähihoitajat/perushoitajat ja jonkun muun koulutuksen omaavat yhdistettiin samaan kategoriaan (kuvio 6). Eniten oikeita vastauksia (96 %) oli haavan kirjaaminen osa-alueessa. Vääriä vastauksia (29 %) tuli eniten haavan tunnistaminen osa-alueessa.



Kuvio 6. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotestiin vastanneiden lähihoitajien/perushoitajien ja jonkun muun koulutuksen omaavien tietotaso haavoista (n = 115).

Tulosten mukaan hoitohenkilökunnan tietotaso on kohtalaista. Jokaisesta väitelmästä oli mahdollista saada yksi piste, yhteensä 48 pistettä. Vastaajien kokonaiskeskiarvoksi muodostui 36,3. Vastaajien alin pistemäärä oli 22 ja korkein 47.

Ristiintaulukoinnissa verrattiin hoitajien työkokemuksen (<1 v., 1–5 v., 5–10 v., ja yli 10 v.) vaikutusta oikeiden vastausten määrään kysymysten kuudessa eri osa-alueessa: Krooninen haava, infektoitunut haava, haavan paraneminen, haavan hoito, haavan tunnistaminen, haavanhoito ja haavan kirjaaminen. Ristiintaulukoinnilla selviää, ettei työkokemuksella ole merkitystä haava osaamisessa. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnan tietotestiin vastanneiden työkokemuksen vaikutus oikeiden vastausten määrään (n= 148).

Työkokemus (n = 148)	<1 v. (N = 5)	1-5 v. (N = 19)	5-10 v. (N = 28)	>10 v. (N = 96)
	% / f	% / f	% / f	% / f
<b>Krooninen haava</b>	87 % / 4	69 % / 13	74 % / 21	74 % / 71
<b>Infektoitunut haava</b>	77 % / 4	77 % / 15	76 % / 21	71 % / 68
<b>Haavan paraneminen</b>	90 % / 5	74 % / 14	78 % / 22	76 % / 73
<b>Haavan tunnistaminen</b>	72 % / 4	55 % / 10	46 % / 13	54 % / 52
<b>Haavanhoito</b>	83 % / 4	76 % / 14	78 % / 22	79 % / 76
<b>Haavan kirjaaminen</b>	95 % / 5	96 % / 18	98 % / 28	96 % / 92

## 8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen lähtökohtana tulee kunnioittaa ihmisarvoa antamalla tutkittaville mahdollisuus päättää tutkimukseen osallistumisesta (Hirsjärvi ym. 2007, 25). Opetusministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ohjeet tieteellisten menettelytapojen noudattamiseen, joita eettisesti hyvä tutkimus vaatii. Tutkimusetiikan näkökulmasta tutkimuksen hyvä etiikka vaatii noudattamaan rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta jokaisessa tutkimuksen vaiheessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Rehellisyyteen, tarkkuuteen ja huolellisuuteen opinnäytetyötä tehdessä on kiinnitetty erityistä huomioita. Kokonaisuudessaan opinnäytetyö pyrittiin suunnittelemaan, toteuttamaan ja raportoimaan rehellisesti ja virheitä välttäen.

Tutkimusta tehdessä tiedonhankinta tulee olla eettisesti kestävä. Tutkimuksessa tulee ottaa huomioon muut aiemmat tutkimukset, arvostaa niitä ja viitata niihin asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tämä tutkimus on toteutettu tieteellistä tietoa käyttäen ja siihen asiallisesti viitaten. Tutkimuksen tukena on käytetty aiempia samankaltaisia tutkimuksia niiden tekijöitä arvostaen. Tähän kyselytutkimukseen haettiin lupa Salon kaupungin vanhuspalvelusta, josta myös toimeksianto tuli. Vastaajat kyselyyn valikoituivat toimeksiantajan tarpeesta.

Tutkittavalle on tarjottava mahdollisuus kysymysten esittämiseen ja tutkimuksen keskeyttämiseen. Vaikka tutkittava ei kyselyyn vastaisi, siitä ei saa aiheutua tutkittavalle haittaa, mutta osallistumisesta ei saa myöskään korvausta. (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.)

Saatekirje ja linkki kyselyyn lähetettiin Salon kaupungin vanhuspalveluiden asiantuntijalle, joka jakoi ne osastojen sekä tiimien vastaaville. Tiimivastaavat jakoivat saatekirjeen ja kyselylinkin hoitohenkilökunnan työ sähköposteihin. Tutkimuksen tekijöillä ei ollut vastaajien sähköpostiosoitteita anonymiteetin säilymistä vuoksi. Saatekirjeessä vastaajille kerrottiin tutkimuksesta, annettiin ohjeet tutkimukseen osallistumiseen sekä kyselyyn vastaamiseen. Vastaajille kerrottiin

vastaamisen vapaaehtoisuudesta, anonymiteetistä sekä vastausten luottamuksellisesta käsittelystä. Saatekirjeessä oli tutkijoiden puhelinnumerot ja sähköpostiosoitteet mahdollisia kyselyä koskevia kysymyksiä varten.

Tutkijan pätevyyteen vaikuttaa tutkijan ammattitaito ja riittävä tieto tutkittavasta tieteenalasta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimuksen onnistumista edesauttaa tarkasti harkittu ja hyvin muotoiltu tutkimusongelma, selkeä perusjoukko, asianmukainen tutkimussuunnitelma sekä huolellisesti laadittu kysely (Heikkilä 2014). Tutkimuksessa on käytetty itse tehtyä ja suunniteltua internet-kyselyä. Kyselylomakkeessa käytetyt väittämät perustuvat aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen ja kattavat koko tutkimusongelman. Kyselyn kuudessa osa-alueessa väittämien määrä vaihteli 4–18 väittämän välillä. Luotettavuutta olisi lisännyt väittämien tasaisempi määrä osa-alueissa. Lisäksi väittämät olisi voinut asettaa loogisemmin osa-alueisiin.

Verkkokyselyssä lomake lähetetään tutkittaville ja he täyttävät sen itse. Vastausprosentti jää usein pieneksi verkkokyselyssä, jolloin tutkimuksen luotettavuus heikkenee. Kyselyihin vastaaminen nykyään on vähentynyt, koska kyselyitä lähetetään niin paljon, eivätkä ihmiset halua olla osallisina tutkimuksissa. Tärkeintä vastaamisprosentin nostamisessa on lomakkeen huolellinen laatiminen ja hyvä suunnittelu. (Hirsjärvi ym. 2007, 191–193.)

Kyselyssä on otettu huomioon, että siihen vastataan vapaaehtoisesti työajan lomassa. Vastausprosenttia pyrittiin nostamaan huolellisesti laadituilla monipuolisilla väittämillä ja kyselyn selkeällä ulkoasulla. Lisäksi vastaaminen oli nopeaa ja yksinkertaista. Kysely on laadittu Webropol-ohjelman avulla. Vastausprosentiksi muodostui 37 %.

Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoituskin saada tietää (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Mittarin sisältövaliditeetti on luotettavuuden arvioimisen tärkein osa-alue. Väärin valittu mittari tutkimukseen vaikuttaa negatiivisesti tulosten luotettavuuteen. Mittarin arvioinnissa on hyvä ottaa huomioon mittarin kattavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152–153.) Tutkimuksessa kyselylomake tehtiin kattavasti haavanhoidon eri osa-

alueista, jotta saatiin mahdollisimman laaja-alainen näkemys hoitajien haavanhoito osaamisesta.

Kyselytutkimuksessa ei voi varmistaa, miten vastaaja on suhtautunut kyselyn tekoon tai onko vastaaja ymmärtänyt kysymykset oikein (Hirsjärvi ym. 2007, 191–192). On tärkeää esitestata mittari sen toimivuuden ja luotettavuuden kannalta varsinkin, jos mittaria ei ole ennen käytetty (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 155). Kysymysten ymmärrettävyys ja tekninen toimivuus testattiin kuudella hoitotyön opiskelijalla ennen sen lähettämistä Salon Kaupungin vanhuspalvelun hoitohenkilökunnalle (N = 400). Testiryhmän antaman palautteen mukaan yksi väittämä oli vaikeasti ymmärrettävä "Haavasidokset valitaan haavan värin mukaan" ja tämä korjattiin "Haavan väri vaikuttaa haavasidoksen valintaan". Lisäksi korjattiin muutama kirjoitusvirhe.

Tutkimuksen validiteetti on hyvä, kun kysymykset ja kohderyhmä ovat oikeat. (Hiltunen 2009). Kohderyhmä valikoitui toimeksiantajan tarpeesta selvittää vanhuspalvelun hoitohenkilökunnan tietotaso. Väittämät kyselyyn laadittiin tasoltaan sopiviksi lähihoitajille, sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Väittämien sisältöä arvioivat sekä vanhuspalvelun asiantuntija Salla Lindegren, että tutkimuksen ohjaavat opettajat. Taustakysymyksissä luotettavuutta olisi lisännyt, kun työyksikköä kysyttäessä olisi käytetty monivalintakysymystä avoimen kysymyksen sijaan. Lisäksi ammatillista peruskoulutusta kysyttäessä olisi kohtaan "joku muu" pitänyt lisätä avoin kohta, johon vastaaja olisi voinut kertoa, mikä hänen koulutuksensa on. Tutkimusmittarin avulla saatiin selville hoitohenkilökunnan haavaosaaminen.

Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli satunnaisvirheettömyyttä (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Stabiilitteetti käsittää mittarin ajassa pysyvyyttä. Epästabiilissa mittarissa näkyvät ulkoiset vaikutukset, kuten vastaajan olosuhteet ja mieliala. Mittarin konsistenssi, eli yhteneväisyys tarkoittaa sitä, että jaetaan useita väittämiä sisältävä mittari kahteen samaa asiaa mittaaviin väittämäjoukkoihin. (Paasio 2008.)



Saatekirjeessä motivoitiin vastaamaan oman ammattitaidon kehittymisellä. Motivoivana tekijänä toimi myös kyselyn lopussa saatu välitön palaute testin vastauksista. Vastaajien esimiehet antoivat luvan kyselyyn vastaamiselle työaika-  
na. Kahden viikon vastausajan puolella välissä vastaajia muistutettiin ja moti-  
voitiin uudestaan kyselyyn vastaamiseen. Vastaajat ovat kuitenkin voineet vas-  
tata kyselyyn yhdessä, eikä itsenäisesti kuten oli tarkoitus. Kyselyn väittämiä ei  
ollut ajastettu. Ajastamaton kyselyn vastausaika mahdollistaa väittämien oikean  
vastauksen selvittämisen esimerkiksi internetistä vastaamisen yhteydessä.

Tieteellisellä varkaudella eli plagioinnilla tarkoitetaan toisen tekemän tekstin  
esittämistä omanaan. Luvaton lainaaminen näkyy usein lähdeviitteiden puuttu-  
misena tai vääränlaisena viittaamisena tekstissä. (Hirsjärvi ym. 2007, 118.) Läh-  
teiden käyttämisessä on harkittava kirjallisuuden laatua. Tutkijan täytyy olla kriit-  
tinen lähteen iän, tunnettavuuden ja lähteen alkuperän kanssa. (Hirsjärvi ym.  
2007, 108.) Tutkimuksen kirjallisuuskatsauksessa käytetyt lähteet ovat alle  
kymmenen vuotta vanhoja ja luotettavista alkuperistä otettuja. Kaikista lähteistä  
on asianmukaiset lähdeviitteet, ja lähdeluettelo on huolellisesti tehty.

Tutkimus tuloksia ei saa vääristellä ja niitä tulee arvioida kriittisesti. Tutkimustu-  
loksissa voi esiintyä puutteita, mutta ne pitää tuoda esille. (Hirsjärvi ym. 200,  
26.) Tässä tutkimuksessa tuloksia on käsitelty niitä muuttamatta. Tulosten luo-  
tettavuutta lisää käytössä ollut Webropol-ohjelma, josta on saatu valmiit prosen-  
tit ja frekvenssit.

Tutkimuksissa tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, vaikka kaikissa tut-  
kimuksissa pyritään välttämään virheitä. Tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa  
arvioidaan tulosten luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Tulosten yleistettä-  
vyyteen viittaa tulosten ulkoinen validiteetti. Tutkimuksissa käytetään usein har-  
kinnanvaraisia otoksia, minkä takia tuloksia ei voida yleistää. Tutkijan on hyvä  
miettiä tulosten yleistettävyyttä omassa työssään. (Kankkunen & Vehviläinen-  
Julkunen 2009, 158.)

Tutkimuksessa oli mukana sairaanhoitajia, terveydenhoitajia ja lähihoitajia Sa-  
lon kaupungin vanhuspalveluiden alueelta. Tämän vuoksi voitiin tutkia monen

ammattiryhmän osaamista haavanhoidossa työpaikasta riippumatta. Tutkimuksessa saatiin selville vastaajien työkokemus, minkä vuoksi voitiin verrata ammattitaitoa kokemuksen perusteella. Tutkimuksessa vastaajia oli monesta vanhustalouden yksiköstä kuten kotihoidosta, palvelutalosta ja vanhainkodista. Vastaajien määrä oli suuri ( $n = 149$ ) internet-kyselyksi. Tutkimusta haavaosaamisesta voidaan yleistää muihin kaupunkeihin suuren vastaajamäärän vuoksi. Yleistettävyyteen vaikuttaa myös se, että vastaajia oli eri ammattiryhmistä ja eri työyksiköistä, joita myös muissa kaupungeissa on.

## 9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Salon vanhuspalveluissa toimivilta hoitajilta edellytetään sosiaali- ja/tai terveystieteiden koulutusta. Vanhuspalveluiden henkilöstöstä suurin osa on lähihoitajia, perushoitajia, kodinhoitajia ja sairaanhoitajia. (Salon kaupunki 2015.) Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa tietotestien avulla Salon kaupungin vanhuspalveluissa työskentelevien hoitajien tämän hetkistä haavaosaamista. Tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan haavaosaamista.

Salon kaupunginosissa toimii yhteensä 18 kotihoitotiimiä, joissa työntekijöitä työskentelee lähes 200 (Salon kaupunki). Tietotestiin vastanneista suurin osa oli kotihoidossa työskenteleviä. Suureen vastaajamäärään kotihoidossa vaikuttaa työntekijöiden määrä. Kotihoidossa haavoja hoidetaan paljon ja työskentely on siellä itsenäistä. Hoitajilla on voinut olla enemmän haavaosaamista, mikä on vaikuttanut mielenkiintoon vastata kyselyyn. Enemmistö vastaajista oli lähihoitajia tai perushoitajia, joita työskentelee eniten vanhuspalveluissa. Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat pärjäsivät tietotestissä paremmin kuin lähihoitajat, perushoitajat ja jonkun muun koulutuksen omaavat. Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien parempi tietämys testissä oli odotettavissa korkeamman koulutustason vuoksi. Koulutusta koskevaan kysymykseen annettiin vastausvaihtoehtoksi "joku muu", joiden koulutuksesta ei voida olla varmoja. Oletetaan kuitenkin, että "joku muu" vastaajat ovat hoitoalan opiskelijoita tai kodinhoitajia.

Salon vanhuspalvelun vakituudesta henkilökunnasta 45 vuotta täyttäneitä on 56 % (Salon kaupunki 2015). Tämä näkyy tuloksissa, sillä yli puolet vastaajista oli työskennellyt hoitoalalla yli kymmenen vuoden ajan. Tulosten mukaan vastaajista alle vuoden työskennelleet pärjäsivät testissä yli kymmenen vuotta työskennelleitä paremmin. Tulosta ei voida pitää täysin luotettavana, sillä alle vuoden työskennelleitä oli vain viisi ja yli kymmenen vuotta työskennelleitä oli 96. Alle vuoden työkokemuksen omaavilla on lyhyempi aika koulutuksesta eli heillä voi olla teoretieto paremmin muistissa, kun taas yli 10 vuotta työskentelevillä on kertynyt enemmän käytännön taitoja.

Taustatietoja koskeissa kysymyksissä vastaajat saivat arvioida omaa haava-osaamistaan. Tulosten mukaan suurin osa vastaajista koki omat taitonsa tyydyttäväksi. Tuloksista voidaan huomata, että lähes kaikissa osa-alueissa oikeiden vastausten määrä oli suurempi kuin väärin vastasten. Väittämiin vastaaminen ei ollut pakollista, minkä huomaa siitä, että joissain väittämissä oli vähemmän vastauksia kuin toisissa.

**Kroonisen haavan väittämien** osiossa valtimoperäistä kroonista haavaa koskeva väittämä osoittautui vaikeaksi, muuten väittämiin oli vastattu enemmän oikein kuin väärin. Sairaanhoitajat olivat vastanneet tähän osa-alueeseen yli 10 % paremmin kuin lähihoitajat.

Suurin osa kroonisista säärihaavoista on laskimoperäisiä (Vikatmaa 2013, 266). Laskimoperäistä haavaa ja yleisesti kroonista haavaa koskeviin väittämiin vastaajat olivat osanneet vastata hyvin. Vastaajat tiesivät kroonisen haavan merkityksen ja laskimoperäisen haavan sijainnin. Parempi tieto laskimoperäisistä haavoista johtuu luultavasti siitä, että niitä on valtimoperäisiä haavoja enemmän.

**Infektoituneen haavan väittämissä** oikeiden vastausten määrä jäi alhaiseksi, ja vääriä vastauksia oli useassa väittämässä huomattavasti. Tässä osiossa sairaanhoitajat saivat paremmat tulokset kuin lähihoitajat. Tuloksista voi päätellä, että hoitajat tunnistavat heikosti infektoituneen haavan merkkejä ja tunnistamispiirteitä.

Haavainfektiossa oireita ovat kuumotus, turvotus, punoitus, kipu haavassa tai sen ympäristössä, lisääntynyt haavaeritteen määrä, haavan nopea suureneminen tai yleisoireet (Valve 2008, 17). Väittämistä suurin osa ei koskenut haavainfektion yleisoireita vaan yleisemmin haavainfektiota. Haavainfektion yleisoireisiin liittyviin väittämiin vastattiin yhtä huonosti kuin muihin väittämiin. Voisi ajatella, että yleisiin infektoituneen haavan oireisiin oltaisiin osattu vastata paremmin. Infektoituneen haavan väittämät ovat voineet olla lähihoitajille liian haastavia, mistä voi johtua alhainen oikeiden vastausten määrä.

**Haavan paranemista koskevissa väittämissä** oikeiden vastausten määrä vaihteli paljon. Huonoiten osiossa tiedettiin haavanparanemisprosessin käynnistymisestä, joka keräsi lähes yhtä paljon oikeita ja vääriä vastauksia. Sairaanhoidajat osasivat tämän osion huomattavasti paljon paremmin kuin lähihoitajat.

Suominen (2007, 10) on tutkinut koti- ja ympärivuorokautisenhoidon asiakkailta olevia ravitsemukseen liittyviä puutoksia. Ikäihmisten vajaaravitsemus vaikuttaa myös merkittävästi haavojen paranemiseen. Vastaajat tiesivät kohtalaisesti haavapotilaan ravitsemuksen tarpeen lisääntymisestä. Haavan paranemisessa ja arvioinnissa keskitytään helposti haavatuotteisiin. Haavan paranemiseen vaikuttavat muut tärkeät tekijät, kuten esimerkiksi ravitsemus, eivät ole hoitajien tiedossa tai niitä ei osata arvioida.

**Haavan tunnistamisen väittämät** koituivat vaikeimmiksi. Kaikilla ammattiryhmillä oli tässä osa-alueessa vähiten oikeita vastauksia ja eniten en tiedä -vastauksia. Lähihoitajilla oli tässä osa-alueessa myös eniten vääriä vastauksia. Laskimoperäisen ja valtimoperäisen haavan erottaminen oli tuottanut vastaajille vaikeuksia. Tämä tulos saattaa johtua siitä, ettei riittävää tietoa verenkierronhäiriöistä ja niiden eroista ole, jolloin ei osata erottaa myöskään niistä johtuvia haavoja.

Etiologisten tekijöiden korjaaminen on ensisijaista haavanhoidossa (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito 2014). Haavan tunnistaminen on tärkeää haavan oikeanlaisen hoidon löytämiseksi, ja tulosten perusteella hoitajat tarvitsevat haavan tunnistamiseen liittyvää lisäkoulutusta. Vastaajien heikko tieto valtimoperäisistä haavoista saattaa johtua haavojen vähäisestä määrästä.

**Haavan paikallishoitoa koskevissa väittämissä** useimmissa oli eniten oikeita vastauksia, mutta osa väitteistä jakoi vastaukset. Muutamassa väittämässä oli vaikeita hoitoalan termejä, minkä huomaa siitä, että väittämät olivat keränneet enemmän väärin tai en tiedä -vastauksia. Osiossa sairaanhoitajat vastasivat paremmin kuin lähihoitajat.

Suomessa on käytössä noin 450 erilaista haavanhoitotuotetta. Haavanhoidossa on tärkeä tutustua tuotteisiin ja niiden geneerisiin ryhmiin sekä oikeaan käyttö-

tapaan. (Koponen 2008, 58.) Erityisen huonosti osattiin vastata väittämään "Autolyttistä puhdistamista edistävä sidos soveltuu hyvin infektoituneen ja diabeettisen perifeerisen haavan puhdistamiseen". Vastaajilla voi olla paremmin tiedossa haavanhoitotuotteiden kauppanimet, eikä heillä ole välttämättä riittävää tietoa haavatuotteiden geneerisestä luokittelusta ja tuotteen toiminnasta. Työpaikkojen seinillä olisi hyvä olla taulukko, josta näkisi tuotteiden kauppanimet, geneerisen luokittelun sekä tuotteen vaikutuksen haavaan.

**Haavan kirjaamisen väittämiin** oli vastattu kaikissa koulutusaloissa parhaiten. Tulokseen saattaa kuitenkin vaikuttaa väittämien (4) vähyys.

Kinnunen (2007) on tutkinut haavasta kirjaamista ja todennut sen olevan värikkästä ja vaihtelevaa. Hoitohenkilökunta tietää, että haavoja hoitaa monta eri hoitajaa, joten tarkka kirjaaminen haavasta on tärkeää. Teoriassa hoitajat tietävät kirjaamisen merkityksen, mutta käytännössä laaja ja riittävän kattava kirjaaminen haavasta saattaa jäädä vajaaksi. Kirjaamiseen saattaa liittyä myös ajan puute, sillä usein aikaa kirjaamiselle saattaa jäädä liian vähän, jolloin kirjoitetaan asiat mahdollisimman lyhyesti.

Haavan valokuvaaminen on luonnollisin ja kuvaavin dokumentoinnin muoto. Valokuvassa tulee näkyä potilaan tiedot ja kuvauspäivämäärä. (Juutilainen & Hietanen 2013, 74–75.) Olisi hienoa, jos kirjaamisjärjestelmissä olisi mahdollista lisätä haavaa koskevan kirjauksen yhteyteen liitteenä valokuva, jolloin haavan valokuvaamista hyödynnettäisiin varmasti enemmän.

Väittämät pisteytettiin siten, että jokaisesta oikeasta vastauksesta sai yhden pisteen. Kokonaispistemäärä testissä oli 48, ja vastaajien keskiarvo oli 36,3.

Ehdottomana kehittämiskohteena voidaan pitää lisäkoulutusta haavoista. Koulutuksessa erityishuomiota tulisi kiinnittää haavan tunnistamiseen ja siihen vaikuttaviin tekijöihin, haavainfektioihin sekä haavanhoitotuotteen oikeaan valintaan. Haavoihin liittyvällä koulutuksella saataisiin hoitajille lisätietoa ja hoitajien mielenkiinto haavojenhoitoon lisääntyisi. Hoidon tarkoitus ymmärrettäisiin paremmin ja haavan hoitajat osaisivat edistää itsenäisesti haavanparanemista esimerkiksi huomioimalla haavapotilaan ravitsemustilan. Tulevaisuudessa olisi

mukava tietää, onko Salossa järjestetty koulusta, ja oliko opinnäytetyöllä vaikutusta koulutuksen sisältöön.

Tulevaisuudessa jokaisessa Salon vanhuspalvelun yksikössä voisi olla ainakin yksi haavoihin perehtynyt osaaja. Osaaja ohjaa oman yksikkönsä muita hoitajia ja perehdyttää haavaan liittyvissä asioissa. Hoitajan tärkeänä tehtävänä olisi myös haavojen ennaltaehkäisy.

Haavanhoidossa voisi käyttää myös hoidon keskittämistä, jolloin haava hoitaisi aina samat hoitajat. Tällä tavalla haavoja hoidettaisiin aina samalla tavalla ja haavaan liittyvät muutokset huomattaisiin paremmin. ”Omahoitajan” tehtävänä olisi huomioida myös haavaan vaikuttavat asiat, kuten ravitsemus ja kirjaaminen. Omahoitaja toteuttaisi noin kuukauden välein haava-arvioin, missä hän arvioisi laajemmin haavan paranemista ja onko tarvetta vaihtaa paikallishoito-menetelmää.

Haavanhoitoa voisi parantaa tarkistuslistaa käyttämällä. Tarkistuslista sisältäisi haavan tarkkailemista ja hoitoa koskevat asiat. Samaa listaa voisi käyttää haavasta kirjattaessa. Tarkistuslista varmistaisi, että kaikki oleelliset asiat ovat huomioitu haavaa hoidettaessa ja siitä kirjattaessa.

## LÄHTEET

- Anttila, P. 1998. Metodix; sisällönanalyysi. Viitattu 3.11.2015 [http://www.metodix.com/fi/sisallys/01\\_menetelmat/01\\_tutkimusprosessi/02\\_tutkimisen\\_taito\\_ja\\_tiedon\\_hankinta/09\\_tutkimusmenetelmat/30\\_sisallönanalyysi](http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/09_tutkimusmenetelmat/30_sisallönanalyysi).
- Aydin, A.K. & Karadag, A. 2010. Assessment of Nurses' Knowledge and Practice in Prevention and Management of Deep Tissue Injury and Stage I Pressure Ulcer. Kafkas University Higher School of Health, Kars, Turkey. Viitattu 3.11.2015 [http://www.researchgate.net/publication/45828078\\_Assessment\\_of\\_Nurses'\\_Knowledge\\_and\\_Practice\\_in\\_Prevention\\_and\\_Management\\_of\\_Deep\\_Tissue\\_Injury\\_and\\_Stage\\_I\\_Pressure\\_Ulcer](http://www.researchgate.net/publication/45828078_Assessment_of_Nurses'_Knowledge_and_Practice_in_Prevention_and_Management_of_Deep_Tissue_Injury_and_Stage_I_Pressure_Ulcer).
- Berg, L. 2012. Epätyypillisen haavainfektion aiheuttajat. Haava 2/2012, 12–15.
- Cutting, K.F.; White R.J. & Mahoney, P. 2013. Wound infection, dressings and pain, is there a relationship in the chronic wound? International Wound Journal. Viitattu 14.10.2015 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22630139>.
- Diabeetikon jalkaongelmat (online). Käypähoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Diabetesliiton lääkärieneuvoston, Suomen Endokrinologiyhdistyksen ja Suomen Ihotauti-lääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2009. Viitattu 19.10.2015 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50079>.
- Eriksson, T. 2010. Ravitsemushoitoa potilaalle. Haava 3/2010, 40–43.
- Erikson, E.; Korhonen, T.; Merasto, M.; Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Porvoo: Bookwell Oy.
- Friman, A.; Klang, B. & Ebbeskog, B. 2012. Wound care in primary health care: District nurses' needs for co-operation and well-functioning organization. Stockholm: Care Sciences and Society Division of Nursing and Red Cross University College of Nursing. Viitattu. 3.11.2015 <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8efbfc6c-20f4-4479-b5c1-aaefefa63e70%40sessionmgr4003&vid=14&hid=4204>.
- Hannuksela, M. 2012. Säärihaava. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 4.11.2015 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00511](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00511).
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Viitattu 28.10.2015 <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>.
- Hietanen, H. 2009. Diabeetikon jalkahaavat ja niiden hoito. Haava 1/2009, 10–13.
- Hietanen, H. 2012. Haavan paikallishoito käytännössä. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 183–231.
- Hietanen, H. & Juutilainen V. 2013. Haavan määritelmä ja haavatyypit. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 26–28.
- Hietanen, H. & Juutilainen, V. Haavanhoidon organisointi ja kehittäminen. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 388–397.
- Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Viitattu 17.11.2015 [http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius\\_ja\\_reliabiliteetti.pdf](http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf).
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.



- Huhtanen, J. 2009. Diabeetikon jalkahaava vaatii moniammatillista hoitoa ja seurantaa. *Haava* 1/2009, 14–15.
- Iivanainen, A.; Hietanen, H. & Kuokkanen O. 2011. VPKM avuksi avoimen haavan hoitoon. *Haava* 4/2011, 36–40.
- Iivanainen, A. & Pukki, T. 2013. Luennoitsijoiden ja kuulijoiden yhteinen apuväline. *Haava* 2/2013, 31–37.
- Iivanainen, A. & Seppänen, S. 2015. Haavahoidon osaamisen arviointia ja kehittämistä. *Haava* 2/2015, 24–27.
- Iivanainen, A.; Skarp, E. & Alahuhta, M. 2008. Aseptiikan toteutuminen haavanhoidossa. *Haava* 4/2008, 25–29.
- Jonsson, A. 2013. Sjuksköterskor behöver mer kunskap om trycksår. *Vård*. Viitattu 16.10.2015 <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2013/September/Sjukskoterskor-behover-mer-kunskap-om-trycksar/>.
- Juutilainen, V. 2010. Tuotteet ja laitteet haavanhoidossa. *Haava* 2/2010, 21–23.
- Juutilainen, V. 2013. Haavan kirurginen hoito. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. 1.–2., painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 168–173.
- Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2013. Haavapotilaan tutkiminen. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. 1.–2., painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 54–76.
- Kangas, R-B. 2009. Painehaavat. *Duodecim*. Terveysportti. Viitattu 16.10.2015 [http://www.terveysportti.fi/ezproxy.turkuamk.fi/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=tht00264&p\\_haku=painehaava](http://www.terveysportti.fi/ezproxy.turkuamk.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00264&p_haku=painehaava).
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1., painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kassara, H.; Paloposki, S.; Holmia, S.; Murtonen, I.; Lipponen, V.; Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. *Hoitotyön osaaminen*. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Kinnunen, U-M. 2007. Rakenteinen tieto haavanhoidon kirjaamisessa. Pro-gradu tutkielma. Kuopio: Terveystieteiden ja -talouden laitos. Viitattu 14.10.2015 [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20090008/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20090008.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20090008/urn_nbn_fi_uef-20090008.pdf).
- Kinnunen, U-M. 2014. Kirjaaminen haavanhoidossa. *Haava* 2/2014, 24–27.
- Kinnunen, U-M.; Ahtiala, M.; Hynninen, N.; Iivanainen, A.; Seppänen, S. & Tervo-Heikkinen, T. 2015. Hoitotyöntutkimussäätiö. Hoitosuositus – Tutkimusnäytöllä tuloksiin. Viitattu 9.11.2015 [http://www.hotus.fi/system/files/SUOSITUS\\_PAINEHAAVA\\_2\\_10\\_2015\\_LINKIT\\_1.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/SUOSITUS_PAINEHAAVA_2_10_2015_LINKIT_1.pdf).
- Koivunen, M.; Luotola, E.; Hautaoja, P.; Laine, K-M. & Asikainen, P. 2014. Painehaavojen ehkäisy, osaaminen ja koulutustarpeet erikoissairaanhoidossa- pilottitutkimus hoitohenkilökunnalle. *Tutkiva Hoitotyö* 3/2014, 14–22.
- Koponen, K. 2008. Haavanhoitotuotteiden oikea käyttö säärihaavan hoidossa. *Haava* 4/2008, 58–59.
- Korhonen, A. 2012. Haavan hoidon peruseriaatteet. *Haava* 2/2012, 18–21.
- Kortekangas-Savolainen, O. & Helander, I. 2010. Painehaavat. *Duodecim*. Terveysportti. Viitattu

- 16.10.2015 [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=ger02008&p\\_haku=painehaava](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=ger02008&p_haku=painehaava).
- Koskinen, P. 2015 Yle Uutiset. Haavoista satojen miljoonien kulut vuosittain – parempi hoito säästäisi suuria summia. Viitattu 13.10.2015 [http://yle.fi/uutiset/haavoista\\_satojen\\_miljoonien\\_kulut\\_vuosittain\\_\\_parempi\\_hoito\\_saastaisi\\_suuria\\_summia/8355076](http://yle.fi/uutiset/haavoista_satojen_miljoonien_kulut_vuosittain__parempi_hoito_saastaisi_suuria_summia/8355076).
- Kotila, J. 2012. Vertaisarviointi osaamisen kehittämisen menetelmänä hoitotyössä. Pro-gradu tutkielma. Itäsuomi: Hoitotieteen laitos. Viitattu 3.11.2015 [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20121012/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20121012.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20121012/urn_nbn_fi_uef-20121012.pdf).
- Krooninen alaraajahaava (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. Viitattu 13.10.2015 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50058>.
- Lagus, H. 2013. Haavan paraneminen. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. 1.–2., painos Helsinki: Sanoma Pro Oy, 29–53.
- Lepäntalo, M.; Ahokas, T.L.; Heinänen, T.; Heiskanen-Kuisma, T.; Hietanen, H.; Iivanainen, A.; Iso-Aho, M.; Juutilainen, V.; Tukiainen, E.; Sane, T. & Valtonen, V. 2009. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Haavapotilaan hoitopolku HYKS:n sairaanhoitoalueella. Viitattu 17.11.2015 [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo97876](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo97876).
- Lumio, J. 2012. Painehaavat eli makuuhaavat. Terveyskirjasto. Viitattu 16.10.2015 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00313](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313).
- Löndahl, M.; Katzman, P.; Nilsson, A. & Hammarlund, C. 2010. Hyperbaric oxygen therapy facilitates healing of chronic foot ulcers in patients with diabetes. Institution for clinical sciences. Lund University. Viitattu 17.11.2015 <http://care.diabetesjournals.org/content/33/5/998.full.pdf>.
- Opetushallitus 2014. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja 2014. Ammatillisen tutkinnon perusteet. Viitattu 3.11.2015 [http://www.oph.fi/download/162460\\_sosiaali\\_ja\\_terveysalan\\_pt\\_01082015.pdf](http://www.oph.fi/download/162460_sosiaali_ja_terveysalan_pt_01082015.pdf).
- Opetushallitus 2015. Tilastollisia menetelmiä. Viitattu 3.11.2015 <http://www03.edu.fi/oppimateriaalit/tilastomatikka/sanasto.html>.
- Paasio, E. 2008. KvaliMOTV – Menetelmätietovaranto: Mittaaminen. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 23.11.2015 <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>.
- Paavola, S. 2013. Henkilöstörakenteella on vaikutusta. Viitattu 3.11.2015 [https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/henkil\\_st\\_rakenteella\\_on\\_vaikutusta.pdf](https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/henkil_st_rakenteella_on_vaikutusta.pdf).
- Pukki, T. & Iivanainen, A. 2012. Haavainfektion kriteerit. Haava 1/2012, 12–14.
- Puska, A. 2013. Hoitajien tieto tavanomaisista varotoimista hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 18.11.2015 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95948/gradu07199.pdf?sequence=1>.
- Salo 2015. Salon kaupungin vanhuspalvelut. Viitattu 18.11.2015 <http://www.salo.fi/sosiaalijaterveyspalvelut/vanhuspalvelut/>.

Salon Kaupunki 2015. Salon kaupungin vanhuspalveluiden kehittämisohjelma 2012-2020. Viitattu 18.11.2015 <http://docplayer.fi/3417676-Salon-kaupungin-vanhuspalveluiden-kehittämisohjelma-2012-2020.html>.

Skogberg, K. 2012. Haavainfektioiden antibioottihoito. Haava 1/2012, 18–21.

Soppi, E. 2013. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Duodecim. Terveysportti. Viitattu 16.10.2015 [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00352&p\\_haku=painehaava](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00352&p_haku=painehaava).

Suominen, M. 2007. Nutrition and Nutritional Care of Elderly People in Finnish Nursing Homes and Hospitals. University of Helsinki. Viitattu 19.11.2015 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20785/nutritio.pdf?sequence=1>.

Paavola, S. 2013. Henkilöstörakenteella on vaikutusta. Viitattu 3.11.2015 [https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/henkil\\_st\\_rakenteella\\_on\\_vaikutusta.pdf](https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/henkil_st_rakenteella_on_vaikutusta.pdf).

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa, 6. Viitattu 28.10.2015 [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).

Tuuliranta, M. 2010. Kroonisten haavojen kasvava taakka. Haava 3/2010, 8–10.

Valve, K. 2008. Infektioiden merkitys kroonisten haavojen hoidossa. Haava 2/2008, 17-18.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2015. Tyks tehostaa kroonisten haavojen hoitoa sairaanhoitopiirissä. Viitattu 24.11.2015 <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/tiedotteet/Sivut/Tyks-tehostaa-kroonisten-haavojen-hoitoa.aspx>.

Vikatmaa, P. 2013. Verenkiertoperäinen alaraajahaava. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. 1.–2., painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 266-299.

Von Knorring, S. & Kajander, K. 2014. Haavapotilaiden vajaaravitsemuksen hoito ja ennaltaehkäisy. Haava 4/2014, 31–32.

### OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi A. Hakkarainen, A. Huttunen ja J. Laine

Osoite \_\_\_\_\_

Puhelin koti \_\_\_\_\_ Puhelin työ \_\_\_\_\_

Sähköposti anna.hakkarainen@utu.turkuamk.fi

Koulutusohjelma Hoitotyö

### OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi

Salon kaupungin vanhustalvelun  
hoitohenkilökunnan tietotason  
kartoitus haavaosaamisesta

Aikataulu

syyskuu 2015 - joulukuu 2015

### TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio Salon kaupungin vanhustalvelu

Työn ohjaaja / yhteyshenkilö Salla Lindegren

Osoite Tenaskatu 2 24000 Salo

Puhelin 044 776557 Sähköposti Salla.Lindegren@Salo.fi

### OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Sirpa Nikunen ja Tiina Pelander

Puhelin 044 9075494 Sähköposti Sirpa.nikunen@turkuamk.fi

### OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT\*

#### OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

#### OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaali oikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

#### TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki- osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

#### TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määritettyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

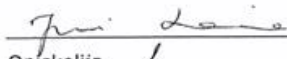

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiottua julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

### OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETYLLE TAVALLA

26/10 2015  
27/10 2015

  
Opiskelija  
  
Toimeksiantaja

#### LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA ☒

\* Turun ammattikorkeakoulun toiminnan yhtiöittämistä vuoden 2014 alusta valmistellaan. Osakeyhtiön toiminnan alettua tämä sopimus siirtyy Turun AMK:n toiminnan vastaanottavalle yhtiölle.

**Turun ammattikorkeakoulu**  
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku  
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791  
posti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

## Salon kaupungin vanhuspalvelun hoitohenkilökunnan tietotason kartoitus haavaosaamisesta

Arvoisa vastaaja,

Vastaa taustatietoja koskeviin kysymyksiin 1-4 rastittamalla sinua koskeva vaihtoehto tai vastaamalla sille varattuun tilaan. Väittämissä 5-52 rastita valitsemalla vaihtoehtoista: oikein, väärin, en tiedä.

### 1. Työyksikkösi

### 2. Ammatillinen peruskoulutuksesi

- ☐ Sairaanhoitaja  
☐ Terveystenhoitaja  
☐ Lähihoitaja/ Perushoitaja  
☐ Joku muu

### 3. Kauanko olet toiminut hoitoalalla

- ☐ <1 v.  
☐ 1-5 v.  
☐ 5-10 v.  
☐ >10 v.

### 4. Arvio omasta haavaosaamisesta

- ☐ Hyvä  
☐ Tyydyttävä  
☐ Heikko  
☐ En osaa sanoa

Seuraava -->

## Salon kaupungin vanhuspalvelun hoitohenkilökunnan tietotason kartoitus haavaosaamisesta

### 5. Krooniseksi haavaksi luokitellaan haava, joka on ollut avoimena yli kuukauden

- ☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

### 6. Laskimoperäiset haavat sijaistavat tavallisesti nilkan ja säären alakolmanneksen sisemmällä sivulla

- ☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

### 7. Ulkoiset tekijät vaikuttavat kroonisen haavan syntyyn

- ☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

### 8. Diabetes ei vaikuta kroonisen haavan syntyyn

- ☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

### 9. Suurin osa alaraajahaavoista on laskimoperäisiä

- ☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

### 10. Valtimoperäisen alaraajahaavan kipu helpottuu jalkaa riiputtaessa

- ☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

<-- Edellinen

Seuraava -->

## Salon kaupungin vanhuspalvelun hoitohenkilökunnan tietotason kartoitus haavaosaamisesta

**11.** Kaikki avonaiset haavat sisältävät bakteereita

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

**12.** Bakteeriviljelynäytteen ottaminen ei ole oleellista infektion löytämiseksi

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

**13.** Haavainfektiossa bakteerit tuhoavat myös tervettä kudosta

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

**14.** Mikrobilääkkeistä on aina hyötyä kroonisen säärihaavan paranemisessa

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

**15.** Haavainfektiossa potilaan CRP on kohonnut

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

**16.** Haavan katteisuus on infektion merkki

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

**17.** Haavasta tuleva epämiellyttävä haju on infektion merkki

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

[<-- Edellinen](#)

[Seuraava -->](#)

Salon kaupungin vanhuspalvelun hoitohenkilökunnan tietotason kartoitus  
haavaosaamisesta

**18. Haavan paranemisprosessi käynnistyy välittömästi kudoksen vaurioitumisen jälkeen**

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

**19. Verenkierron happivaje ei vaikuta haavan paranemiseen**

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

**20. Turvotus ei estä haavan paranemista**

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

**21. Korkea verensokeriarvo edistää haavan paranemista**

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

**22. Proteiinin puutos pienentää infektioriskiä**

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

**23. Antikoagulanttihoito edistää haavan paranemista**

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

**24. Haavapotilaan ravinnon tarve lisääntyy**

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

**25. Ihon maseroituminen haavan kannalta on hyvä asia**

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

[<-- Edellinen](#)

[Seuraava -->](#)

Salon kaupungin vanhuspalvelun hoitohenkilökunnan tietotason kartoitus  
haavaosaamisesta

**26. Valtimoperäinen haava sijaitsee yleensä jalkaterän ja varpaiden alueella**

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

**27. Laskimoperäinen haava on yleensä kuivapohjainen**

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

**28. Valtimoperäisessä haavassa on usein kellertävä fibrinikate**

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

**29. Viileä raaja viittää valtimoperäiseen haavaan**

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

**30. Nekroottisessa haavassa ominaista on keltainen fibrinikate**

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

[<-- Edellinen](#)

[Seuraava -->](#)



Salon kaupungin vanhuspalvelun hoitohenkilökunnan tietotason kartoitus  
haavaosaamisesta

31. Haava kuuluu puhdistaa alkoholipitoisella puhdistusaineella

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

32. Haavan keltaista fibrinikatetta ei saa poistaa

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

33. Puhdaspohjaisen kroonisen alaraajahaavan hoitoväli voi olla useita päiviä

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

34. Nekroottista haavaa hoidetaan harvemmin

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

35. Nopein ja tehokkain tapa haavan puhdistukseen on kirurginen revisio

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

36. Hopeaa sisältäviä haavasidoksia tulee käyttää kuuriluontoisesti

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

[<-- Edellinen](#)

[Seuraava -->](#)

Salon kaupungin vanhuspalvelun hoitohenkilökunnan tietotason kartoitus  
haavaosaamisesta

37. Epätarkoituksenmukainen haavasidos ei hidasta haavan paranemista

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

38. Haavanhoidossa ei ole yhtä oikeaa ratkaisua

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

39. Tärkeintä laskimoperäisissä haavoissa on kompressiohoito

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

40. Haavan etiologialla ei ole merkitystä haavanhoidossa

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

41. Haavan kirurgisessa revisiossa haavasta poistetaan kaikki huono ja eloton kudος veitsellä, saksilla tai atuloilla

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

42. Mekaaninen puhdistus tehdään katteiseen haavaan vain tarvittaessa

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

[<-- Edellinen](#)

[Seuraava -->](#)

## Salon kaupungin vanhuspalvelun hoitohenkilökunnan tietotason kartoitus haavaosaamisesta

43. Autolyttistä puhdistamista edistävä sidos soveltuu hyvin infektoituneen ja diabeettisen perifeerisen haavan puhdistukseen

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

44. Haavan väri vaikuttaa haavasidoksen valintaan

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

45. Haavakivun hoitamisella ei ole merkitystä haavan paranemiseen

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

46. Haavan ympäröivän ihon kunnolla ei ole merkitystä haavan paranemisessa

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

47. Haavasta tulee ottaa mitat 1-2 viikon välein

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

48. Paikallisuudutteita ei tule käyttää säärihaavoille

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

[<-- Edellinen](#)

[Seuraava -->](#)

## Salon kaupungin vanhuspalvelun hoitohenkilökunnan tietotason kartoitus haavaosaamisesta

49. Haavanhoidosta ei tarvitse kirjata joka kerta

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

50. Potilaan henkilöllisyyden tunnistamisen vuoksi haavaa ei saa valokuvata

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

51. Haavakivun arviointi on tärkeä osa kirjaamista

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

52. Oikeanlainen ja yhtenäinen kirjaaminen helpottaa haavanhoitoa

☐ Oikein ☐ Väärin ☐ En tiedä

[<-- Edellinen](#)

[Lähetä](#)

Kiitos vastauksistasi!

[Tulosta](#)

Survey powered by:  
WebropolSurveys

**WEBPOL**  
THE INTELLIGENT WAY

Hyvät Salon kaupungin vanhuspalvelun työntekijät,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Turun ammattikorkeakoulusta ja saimme pyynnön kaupungilta tehdä opinnäytetyön hoitajien haavaosaamisesta. Toteutamme opinnäytetyömme Salon kaupungin vanhuspalveluiden hoitohenkilökunnalle tietotestinä. Tarkoituksena on kuvata Salon kaupungin hoitoyksiköissä työskentelevien hoitajien tämänhetkistä haavaosaamista ja tavoitteena on selvittää millä osa-alueilla on tarvetta koulutukselle ja täten pystytään parantamaan ja kehittämään haavaosaamista.

Vastaamalla kyselyyn voitte vaikuttaa haavanhoidon kehittämiseen työyksikössänne. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Vastaaminen on vapaaehtoista ja vie aikaanne alle 10 minuuttia. Aineistoa käytetään ainoastaan opinnäytetyön tekoon, eikä tuloksista kykene tunnistamaan vastaajien henkilöllisyyttä.

Vastausaikaa on kaksi viikkoa 2.11.- 15.11.2015. Tietotestin lopussa näette omien vastauksienne tulokset. Lopullinen opinnäytetyö esitetään ja toimitetaan toimeksiantajalle joulukuussa 2015. Ohjaavat opettajat ovat Sirpa Nikunen (sirpa.nikunen@turkuamk.fi) & Tiina Pelander (tiina.pelander@turkuamk.fi)

Vastaamme mielellämme kyselyämme koskeviin kysymyksiin.

Vastaamaan pääsette oheisesta linkistä:

<https://www.webropolsurveys.com/S/F6A5C1673B3773E6.par>

Kiitos yhteistyöstänne!

Anna Hakkarainen, 040-7369764  
an-na.hakkarainen@edu.turkuamk.fi

Jenni Laine, 044-5014855  
jenni.a.laine@edu.turkuamk.fi

Anna Huttunen, 040-5171398  
anna-  
kaisa.huttunen@edu.turkuamk.fi

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
Terveysala, Salo  
Ylhäistentie 2  
24130 SALO  
Puh. (02) 263 350  
Fax. (02) 2633 6179

# ANOMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KOKOAMISEKSI

Tutkimuksen nimi	Salon kaupungin vanhuspalvelun hoitohenkilökunnan tietotason kartotus haavaosaamisesta
Tutkimusongelma	1. Millaiset ovat Salon kaupungin vanhuspalveluissa työskentelevien hoitajien tietotaidot eri osa-alueilla haavanhoidossa?
Tutkimuksen kohde ja aineiston keruumenetelmä	Tutkimuksen kohteena on Salon kaupungin vanhuspalvelun hoitohenkilökunta: Sairaanhoidajat, terveydenhoitajat ja lähihoitajat. Aineiston keruumenetelmänä on internet-kysely, joka toteutetaan webropol-ohjelman avulla.
Aineiston kokoamisajankohta	2.11.2015-15.11.2015
Tutkimuksen arvioitu valmistumisajankohta	8.12.2015
Tutkimussuunnitelma hyväksytty	Salossa 26/10 2015
Tutkimuksen ohjaajat	SIRPA NIKKILÄ puh 0449075494 Sirpa Nikkilä TIINA RILANDER puh 0449075486
Sitoudumme käyttämään kokoamaamme aineistoa tutkimusongelman puitteissa ja siten, että tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden anonymiteetti säilyy.	
Tutkimuksen tekijät	Sairaanhoidaja NIKKILÄ (suuntautumisvaihtoehto) (ryhmä)
A. Hakkarainen, A. Huttunen ja J. Laine	Anna.Hakkarainen@edu.turkuamk.fi
(nimi)	
(osoite)	
(puhelinnumero)	0449075486

Anomus käsitelty

27/10 2015

☒ lupa myönnetty

( ) lupa eväty, peruste

Allekirjoitus

HANNA HATTUNEN

Anomus ja tutkimussuunnitelma toimitetaan yhtenä kappaleena, josta toimeksiantaja lähettää kopiot yhdelle opiskelijalle, yhdelle ohjaavalle opettajalle ja kullekin työhön osallistuvalla toimipisteelle. Alkuperäinen jää toimeksiantajalla. Valmis työ toimitetaan toimeksiantajalle sovitulla tavalla.

**SALON KAUPUNKI**

**VIRANHALTIJAPÄÄTÖS**

Vanhuspalveluiden päällikkö

27.10.2015

§ 2

Tutkimuslupa

Tutkimuslupa/ Hakkarainen, Huttunen ja Laine  
2055/07.01.04.01.03/2015

Turun ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Anna Hakkarainen, Anna-Kaisa Huttunen ja Jenni Laine anovat tutkimuslupaa opinnäytetyötä varten.

Tutkimuksen nimi on Salon kaupungin vanhuspalvelun hoitohenkilökunnan tietotason kartoitus haavaosaamisesta. Tutkimuksen kohteena on vanhuspalveluiden hoitohenkilökunta: sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja lähihoitajat.

Aineiston keruumenetelmänä on internet-kysely, joka toteutetaan webropol-ohjelman avulla ajalla 2.11.-15.11.2015.

Päätöksen peruste Hallintosääntö 9 § 3

Päätös Myönnetään tutkimusluvan opinnäytetyötä varten.

  
Hannele Lyytinen  
Vanhuspalveluiden päällikkö

Jakelu Hakkarainen Anna  
Huttunen Anna-Kaisa  
Laine Jenni